

**UNIVERSIDADE DO EXTREMO SUL CATARINENSE - UNESC  
UNIDADE ACADÊMICA DE CIÊNCIAS DA SAÚDE - UNASAU  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA  
(MESTRADO PROFISSIONAL) - PPGSCol**

**PATRICIA PILATTI**

**DOCÊNCIA EM SAÚDE: O PRINCÍPIO DA INTEGRALIDADE  
NA RELAÇÃO PEDAGÓGICA DO ENSINO SUPERIOR**

Dissertação apresentada ao  
Programa de Pós-Graduação em  
Saúde Coletiva (Mestrado  
Profissional), da Universidade do  
Extremo Sul Catarinense -  
UNESC, como requisito para a  
obtenção do título de Mestre em  
Saúde Coletiva.

Orientador: Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup> Fabiane  
Ferraz

**CRICIÚMA  
2017**

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação

P637d Pilatti, Patricia.

Docência em saúde : o princípio da integralidade na relação pedagógica do ensino superior / Patricia Pilatti. - 2017.  
150 p. : il.; 21 cm.

Dissertação (Mestrado) - Universidade do Extremo Sul  
Catarinense, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva,  
Criciúma, 2017.

Orientação: Fabiane Ferraz.

1. Professores da área médica. 2. Sistema Único de Saúde.  
3. Integralidade em saúde. Ensino superior. I. Título.

CDD 23. ed. 610.7

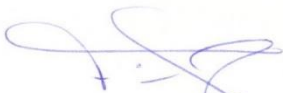
**PATRÍCIA PILATTI**

**DOCÊNCIA EM SAÚDE: O PRINCÍPIO DA INTEGRALIDADE  
NA RELAÇÃO PEDAGÓGICA DO ENSINO SUPERIOR**

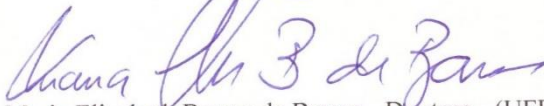
Esta dissertação foi julgada e aprovada para obtenção do Grau de Mestre em Saúde Coletiva, na área de concentração Gestão do Cuidado e Educação em Saúde, no Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (Mestrado Profissional), da Universidade do Extremo Sul Catarinense.

Criciúma, 19 de dezembro de 2017

**BANCA EXAMINADORA**



Prof. Fabiane Ferraz - Doutora - Orientador



Prof. Maria Elizabeth Barros de Barros - Doutora - (UFES)



Prof. Luciane Bisognin Ceretta - Doutora - (UNESC)



Prof. Willians Cassiano Longen - Doutor - (UNESC)



Dedico este trabalho a todos os docentes que seguem na luta por um ensino mais humano e libertador. Ao meu esposo e a minha filha que me inspiram todos os dias a me tornar uma pessoa melhor.



## AGRADECIMENTOS

À Deus por permitir tantos encontros lindos nessa trajetória e a oportunidade de seguir me aperfeiçoando.

À minha amada orientadora e amiga, Professora Fabiane Ferraz, que acreditou no meu potencial e contribuiu muito para minha evolução, tanto pessoal, quanto profissional nessa caminhada. Meu exemplo!

Aos demais professores e colegas do PPGSCol, pela oportunidade das trocas de saberes e construções realizadas.

Aos participantes da pesquisa, que sem eles não poderia ter finalizado mais essa etapa.

Aos membros da banca de avaliação pelas valiosas contribuições.

Aos bolsistas que me auxiliaram no processo de transcrição das entrevistas, em especial ao Diego Floriano de Souza.

Aos meus amigos, que sempre estiveram dispostos a escutar meus anseios e a sonhar junto comigo.

À Lucizane por ter cuidado tão bem da minha filha enquanto eu estava na universidade.

Ao meu irmão, cunhada e sobrinhos pelo apoio em todos os momentos, mesmo distantes.

À minha amada mãe, que sempre me incentivou a novos desafios e sempre esteve disponível quando precisei de ajuda.

Ao meu esposo Carlos, por estar sempre ao meu lado, por entender a minha ausência e a minha ansiedade em alguns momentos durante esses dois anos.

À minha linda filha Ester que me inspira, me enche de esperanças para lutar por um mundo mais justo, igualitário e humano.





“Não há educação sem amor (...) Quem não é capaz de amar os seres inacabados não pode educar. Não há educação imposta, como não há amor imposto. Quem não ama não compreende o próximo, não o respeita”

Paulo Freire.



## RESUMO

Desde a constituição do Sistema Único de Saúde (SUS) temos discutido sobre a necessidade de repensar as práticas em saúde a fim de direcioná-las na lógica da integralidade. Para que essa mudança se efetive de fato, é preciso que o processo formal de ensino superior incorpore os princípios do SUS, pois acreditamos que assim, os futuros profissionais possam perceber a importância de uma prática acolhedora, resolutiva e responsável. Na construção de processos pedagógicos para atender a lógica do sistema de saúde brasileiro, sabemos que o docente tem um papel fundamental, pois acreditamos que por meio de uma relação pedagógica baseada no diálogo, afeto, crítica construtiva, respeito, ética e problematização, seja possível mobilizar um ambiente favorável para que o discente possa reproduzir tais ações em seu contexto profissional no SUS. Dessa forma, o presente estudo tem por objetivo geral analisar como docentes do ensino superior da saúde concebem e vivenciam o princípio da integralidade na relação pedagógica na formação de profissionais para o SUS, entendendo que é relevante para a Saúde Coletiva ter o olhar sob esta perspectiva. Trata-se de um estudo de caso único incorporado, descritivo e explicativo, de abordagem qualitativa, desenvolvido com nove docentes que atuam na disciplina denominada “Interação comunitária”, que tem como característica ser de base comum aos cursos da área da saúde da Universidade do Extremo Sul Catarinense (UNESC). A coleta de dados ocorreu de junho a setembro de 2017, sendo utilizadas como técnicas de coleta, análise de documentos, entrevista semiestruturada e observação participante nos cenários de ensino-aprendizagem. A organização dos dados foi estruturada a partir do software Atlas Ti, versão 8.0 e assumimos a proposta operativa de Análise Temática de Conteúdo de Minayo (2010) para análise dos dados. Os aspectos éticos foram respeitados e a coleta dos dados iniciou após a aprovação da pesquisa junto ao Comitê de Ética com Seres Humanos sob parecer n. 2.084.009. Os resultados apresentam a caracterização geral dos participantes e três categorias temáticas: 1. Ações mobilizadoras de integralidade na prática pedagógica; 2. Integralidade na relação pedagógica; e, 3. Desafios e dificuldades em aplicar a integralidade na relação pedagógica. Concluímos que grande parte dos docentes considera o princípio da integralidade importante na relação pedagógica e salientam o contato com a prática do SUS como importante para essa construção. Porém, posturas paternalistas e



autoritárias na relação com os estudantes também foram identificadas, bem como, fragilidades no sentido de estimular as discussões e reflexões do SUS e suas necessidades enquanto sistema de saúde universal, equânime e estruturado na lógica da integralidade. Constatamos que superar o autoritarismo e o paternalismo e exercer a autoridade de modo democrático nos espaços de aprendizagem ainda é um desafio, até para os docentes que buscam realizar as suas ações balizados por referenciais críticos-libertadores. Concluimos que, potencializar espaços de educação permanente em saúde para os docentes pode qualificar a prática pedagógica para uma formação comprometida com a luta por uma sociedade mais justa, mais igualitária e que defenda um SUS mais humanizado e com práticas baseadas na integralidade.

**Palavras-chave:** Sistema Único de Saúde; Docência; Integralidade em Saúde; Educação Superior.



## **ABSTRACT**

Since the constitution of the Unified Health System (SUS) we have discussed the need to rethink health practices in order to direct them from the logic of integrality. For this change to take effect, it is necessary for the formal higher education process to incorporate SUS principles, since it is believed that future professionals can realize the importance of a welcoming, resolute and responsible practice. In the construction of pedagogical processes to meet the logic of the Brazilian health system, we know that the teacher has a fundamental role, because we believe that through a pedagogical relationship based on dialogue, affection, constructive criticism, respect, ethics and problematization, it is possible mobilize a favorable environment so that the student can reproduce such actions in their professional context in the SUS. Thus, the present study has the general objective of analyzing how health education teachers conceive and experience the principle of integrality in the pedagogical relationship in the formation of professionals for the SUS, understanding that it is relevant for Collective Health to look at this perspective. It is a unique, descriptive and explanatory case study of a qualitative approach, developed with nine teachers who work in the discipline called "Community Interaction", which has as a common characteristic the courses in the area of health of the University of Extremo Sul Catarinense (UNESC). Data collection took place from June to September 2017, being used as collection techniques, document analysis, semistructure interview and participant observation in the teaching-learning scenarios. The organization of the data was structured using Atlas Ti software, version 8.0 and we assumed the operative proposal of Minayo (2010) Content Thematic Analysis for data analysis. The ethical aspects were respected, and the data collection began after the approval of the research with the Committee of Ethics with Human Beings under opinion n. 2,084,009. The results present the general characterization of the participants and three thematic categories: 1. Actions mobilizing integrality in pedagogical practice; 2. Integrality in the pedagogical relationship; and, 3. Challenges and difficulties in applying integrality in the pedagogical relationship. To conclude that most teachers consider the principle of integrality important in the pedagogical relationship and stress the contact with the SUS practice as important for this construction. However, paternalistic and authoritarian positions in the relationship with students were also identified, as well





as weaknesses in the sense of stimulating the discussions and reflections of the SUS and its needs as a universal and humanized health system. We verified that overcoming authoritarianism and paternalism and exercising authority in a democratic way in the classroom is still a challenge, even for teachers who seek to carry out their actions marked by critical-liberating references. We conclude that potentiating spaces of permanent education in health can qualify the pedagogical practice for a formation committed to the struggle for a fairer, more egalitarian society and for a more humanized SUS with practices based on integrality.

**Keywords:** Unified Health System; Teaching; Integrality in Health; Education, Higher.



## LISTA DE SIGLAS

|         |   |    |
|---------|---|----|
| SUS     | Sistema Único de Saúde  | 13 |
| ABRASCO | Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva                        | 14 |
| CEBES   | Centro Brasileiro de Estudos da Saúde   | 14 |
| 8ª CNS  | Oitava Conferência Nacional de Saúde  | 14 |
| RSB     | Reforma Sanitária Brasileira  | 14 |
| DCNs    | Diretrizes Curriculares Nacionais   | 15 |
| GHC/POA | Grupo Hospitalar Conceição-Porto Alegre   | 16 |
| UFRGS   | Universidade Federal do Rio Grande do Sul                                       | 16 |
| UFCSPA  | Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre                       | 16 |
| CAPs    | Caixa de Aposentadoria e Pensões  | 21 |
| MPAS    | Ministério da Previdência e Assistência Social                                  | 22 |
| PNH     | Política Nacional de Humanização  | 29 |
| EUA     | Estados Unidos da América   | 30 |
| OMS     | Organização Mundial da Saúde  | 31 |
| CNE/CES | Conselho Nacional de Educação/ Câmara de Educação Superior                      | 32 |
| MS      | Ministério da Saúde   | 34 |
| PROMED  | Programa Nacional de Incentivo às Mudanças Curriculares para as Escolas Médicas | 34 |
| SGTES   | Secretaria Gestão do Trabalho e Educação na Saúde                               | 34 |
| UNESC   | Universidade do Extremo Sul Catarinense   | 48 |
| SC      | Santa Catarina  | 48 |
| UNASAU  | Unidade Acadêmica da Saúde  | 51 |
| CNS     | Conselho Nacional de Saúde  | 55 |
| TCLE    | Termo de Consentimento Livre e Esclarecido                                      | 56 |



## **LISTA DE FIGURAS**

|   |    |
|---|----|
| Figura 1 - Categorias Temáticas e subcategorias que emergiram no processo de análise qualitativa dos dados: ..... | 64 |
|---|----|



## SUMÁRIO

|  |            |
|--|------------|
| <b>1 INTRODUÇÃO .....</b>  | <b>27</b>  |
| 1.1 JUSTIFICATIVA.....   | 29         |
| 1.2 QUESTÃO NORTEADORA DA PESQUISA .....   | 32         |
| 1.3 OBJETIVOS .....  | 33         |
| <b>2 REVISÃO DE LITERATURA.....</b>  | <b>34</b>  |
| 2.1 CONSTRUÇÃO DA INTEGRALIDADE EM SAÚDE NO BRASIL.....  | 34         |
| 2.1.1 Contexto histórico da saúde no Brasil .....  | 34         |
| 2.1.2 Reforma sanitária brasileira e o Sistema Único de Saúde .....                            | 36         |
| 2.1.3 Integralidade no Sistema Único de Saúde e práticas em saúde .....                        | 37         |
| 2.2 FORMAÇÃO EM SAÚDE COM VISTAS À INTEGRALIDADE.....  | 42         |
| 2.2.2 Diretrizes Curriculares Nacionais dos cursos da saúde, o que mudou?.....                 | 44         |
| <b>3 REFERENCIAL TEÓRICO.....</b>  | <b>49</b>  |
| 3.1 INTEGRALIDADE, DOCÊNCIA E RELAÇÃO PEDAGÓGICA NO ENSINO SUPERIOR .....                      | 49         |
| 3.1.1 Concepções pedagógicas na educação brasileira .....                                      | 49         |
| 3.1.2 A pedagogia libertadora de Paulo Freire .....  | 51         |
| 3.1.3 Relação pedagógica na formação de profissionais para o Sistema Único de Saúde .....      | 53         |
| <b>4 MÉTODO.....</b>   | <b>57</b>  |
| 4.1 ABORDAGEM E TIPO DE PESQUISA: .....  | 57         |
| 4.2 LOCAL DE ESTUDO E PARTICIPANTES DA PESQUISA.....   | 58         |
| 4.3 PROCEDIMENTOS E TÉCNICAS DE COLETA DOS DADOS. ....   | 60         |
| 4.4 ANÁLISE DOS DADOS .....  | 62         |
| 4.5 ASPECTOS ÉTICOS .....  | 65         |
| <b>5 RESULTADOS E DISCUSSÃO .....</b>  | <b>67</b>  |
| 5.1 CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES .....   | 67         |
| 5.2 TEMÁTICA 1: AÇÕES MOBILIZADORAS DE INTEGRALIDADE NA PRÁTICA PEDAGÓGICA.....                | 68         |
| 5.3 TEMÁTICA 2: INTEGRALIDADE NA RELAÇÃO PEDAGÓGICA.....                                       | 78         |
| 5.4 TEMÁTICA 3: DESAFIOS E DIFICULDADES EM APLICAR A INTEGRALIDADE NA RELAÇÃO PEDAGÓGICA ..... | 93         |
| <b>6 CONCLUSÃO .....</b>   | <b>124</b> |
| <b>REFERÊNCIAS .....</b>   | <b>127</b> |





|   |            |
|---|------------|
| <b>APÊNDICES.....</b>   | <b>137</b> |
| <b>APÊNDICE I - GUIA DE OBSERVAÇÃO PARTICIPANTE.....</b>            | <b>138</b> |
| <b>APÊNDICE II - ROTEIRO ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA</b>             |            |
| <b>.....</b>  | <b>140</b> |
| <b>APÊNDICE III - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido</b>    |            |
| <b>(TCLE) .....</b>   | <b>143</b> |
| <b>ANEXOS .....</b>   | <b>146</b> |
| <b>ANEXO I - PLANO DE ENSINO - INTERAÇÃO COMUNITÁRIA</b>            |            |
| <b>.....</b>  | <b>147</b> |
| <b>ANEXO II - Carta de Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa</b> |            |
| <b>.....</b>  | <b>150</b> |



## 1 INTRODUÇÃO

Assumir a integralidade como um princípio norteador das práticas em saúde é um grande desafio que perpassa pela construção dos determinantes e condicionantes da saúde e também pelo processo formativo dos profissionais, o qual contempla tanto a organização dos currículos, quanto a relação pedagógica vivenciada no ensino superior. Entender e discutir sobre a constituição desses elementos é de grande importância para pensarmos em ações que possam qualificar o Sistema Único de Saúde (SUS) como um todo.

Nesse sentido, é importante apresentarmos um contexto histórico da saúde pública no Brasil, visto que a mesma até os anos de 1930 esteve direcionada para uma prática higienista, sanitária e policialesca, centrada no controle das doenças endêmicas. As condições de vida da maioria da população eram precárias, com moradias inadequadas, sem água encanada, tratamento de esgoto e acesso a luz elétrica, sendo os principais afetados por enfermidades (BERTOLLI FILHO, 2011).

A atenção em saúde era ofertada às pessoas que tinham condições de pagar pelos atendimentos e, em 1930, aos trabalhadores com carteira assinada, que através das caixas de aposentadorias e pensões tiveram alguns direitos viabilizados, dentre eles o atendimento à saúde e o acesso a medicamentos. Aos trabalhadores informais ou pobres (chamados de indigentes) restava o atendimento realizado por caridade pública e hospitais filantrópicos (BERTOLLI FILHO, 2011).

Em 1945 o sistema previdenciário se expandiu, porém, ainda ofertando um atendimento precário na saúde, o que fez com que a iniciativa privada prestasse serviços médico-hospitalares aos segurados. As ações de saúde pública seguiam relacionadas às práticas clientelistas, onde o atendimento realizado era por bondade e não pelo direito à saúde (BERTOLLI FILHO, 2011).

Como resistência a esse autoritarismo e ao atendimento precário em saúde, movimentos sociais se organizaram nas décadas de 1970 e 1980, defendendo a democratização da saúde. Instituições como Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (ABRASCO) e do Centro Brasileiro de Estudos da Saúde (CEBES), além de médicos sanitaristas entre outros intelectuais da época, uniram-se para a defesa de uma saúde universal, estruturando o movimento chamado de Reforma Sanitária Brasileira (RSB), o qual ampliava o conceito de saúde para além da questão biológica, considerando também a dimensão política e social (PAIM, 2008).

Em 1986, a 8ª Conferência Nacional de Saúde (8ª CNS) aprovou a saúde como um direito universal e, em 1988, a Constituição Federal instituiu que a “saúde é um direito de todos e dever do Estado”, tendo a descentralização, o atendimento integral e a participação da comunidade como diretrizes (BRASIL, 1988; PAIM, 2011). Em 1990, a Lei 8.080/90 institui o Sistema Único de Saúde (SUS) que passa a incorporar o olhar ampliado à saúde, considerando fatores determinantes e condicionantes como: moradia, alimentação, saneamento básico, meio ambiente, trabalho, renda, educação, transporte, lazer e acesso a bens e serviços essenciais (BRASIL, 1990).

A integralidade está entre os princípios do SUS e a compreensão ampliada dos seus vários sentidos está intimamente relacionada à uma prática que consiga identificar o significado do cuidado para as pessoas e grupos sociais e contribuir para uma melhor qualidade de vida. Dessa forma, profissionais que assumem a integralidade como eixo de suas ações, reconhecem a produção de cidadania como fim em suas práticas cuidadoras, logo, tem a ver com olhar integral dos sujeitos e também com afetar-se pela causa da saúde e a defesa da vida (PINHEIRO, 2007; MATTOS, 2008).

Considerando os princípios do SUS e tendo a integralidade como um norte das ações em saúde, muitos desafios são impostos para a mudança de práticas já instituídas, advindas do modelo biomédico<sup>1</sup> que muito evoluiu na questão científica da medicina, porém, deixa marcas em uma formação fragmentada das profissões da saúde, pautada na doença, deixando a desejar nas questões psicológicas, sociais e ambientais que influenciam no processo de adoecer (ARAÚJO; MIRANDA; BRASIL, 2007).

No Brasil, a crítica a esse modelo de formação culminou em 2001 com as mudanças nas Diretrizes Curriculares Nacionais (DCNs) para área da saúde, que preconizaram a estruturação de currículos de acordo com os princípios do SUS e do movimento da Reforma Sanitária. A formação passaria a contemplar conteúdos que relacionassem promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde, na perspectiva da integralidade. Tendo um currículo voltado a valorização das metodologias ativas, no protagonismo do estudante e na integração entre ensino, pesquisa e extensão (BRASIL, 2001a; STELLA; CAMPOS,

---

<sup>1</sup> Modelo que se originou do Relatório Flexner em 1910, tem seu enfoque na doença, conhecimento fragmentado em disciplinas, tendo o hospital como espaço de cura e especialização intensiva como base (ARAÚJO; MIRANDA; BRASIL, 2007).

2006). Os primeiros cursos a implantarem as DCNs foram: medicina, enfermagem e nutrição, ainda em 2001, os demais cursos implantaram suas mudanças curriculares até 2005.

Para Casate e Corrêa (2012), a indicação de ter no currículo disciplinas relacionadas à humanização e a integralidade pode ser um passo importante. Contudo, não garante que de fato ela seja apreendida pelos estudantes. A universidade, para além do ensino técnico científico, precisa ser acolhedora, promotora de uma aprendizagem crítico-reflexiva, ética, cidadã, contribuindo para a formação e humanização das pessoas.

É preciso uma prática pedagógica baseada no diálogo e problematização, capaz de permitir a transformação social, na qual o docente não é o detentor do saber, e, ensinar não se resume em apenas transmitir conhecimentos (FREIRE, 2016). Dessa forma, a prática docente torna-se fundamental na construção da integralidade em saúde, pois o acolhimento, a escuta, as relações interpessoais democráticas em sala de aula e, acima de tudo, uma atitude humana incorporada na relação pedagógica, são ações essenciais para sua reprodução nos espaços de atuação dos futuros profissionais (CASATE E CORRÊA, 2012).

## 1.1 JUSTIFICATIVA

A temática da integralidade em saúde e a formação sempre me instigaram a novos desafios. A vivência na Residência Integrada em Saúde (Grupo Hospitalar Conceição/GHC, Porto Alegre) em 2008-2010 foi essencial para o início de uma construção importante dentro do SUS. Posteriormente, como trabalhadora nos anos de 2010-2015, tive contato com cenários diversos do SUS, nos quais pude refletir, problematizar e também ressignificar algumas práticas realizadas. Na busca por mais conhecimentos, fiz especialização no Ensino da Saúde (UFRGS) e fui preceptora do PET Saúde (UFCSPA), o que permitiu contribuir e discutir sobre a formação para o SUS com estudantes, professores e também no serviço em que atuava, nesse momento na atenção domiciliar (GHC/POA).

Essas vivências e troca de conhecimentos me fizeram perceber que a formação em saúde é uma etapa essencial para a construção de profissionais comprometidos com os princípios do SUS, que possam fazer a diferença nos espaços de prática, repensando as ações de saúde, tanto no sentido de fortalece-las, quanto redireciona-las para a integralidade.

O mestrado profissional em saúde coletiva veio a contribuir na construção do que acredito que possa qualificar a formação e também as práticas em saúde, como militante do SUS e defensora de um sistema universal, equânime e de fato integral. O desafio aqui proposto foi de olhar para a formação, mais especificamente para como a integralidade é incorporada aos espaços de ensino e aprendizagem. Pois, entendemos que a relação pedagógica estabelecida pelo docente pode influenciar na construção do “sentido da integralidade” para o discente, dessa forma nos perguntamos: será que essa relação tem sido baseada na integralidade? Será que o docente que teve sua formação de base estruturada na lógica positivista e bancária, consegue romper com essa lógica e produzir outros sentidos na sua prática?

Alguns estudos realizados na área da Enfermagem, como o de Lima et al. (2011) no formato de uma revisão integrativa e Kloh et al. (2014) com uma pesquisa documental, identificaram que os cursos da área da saúde nas Universidades, apesar de estarem aderindo às Diretrizes Curriculares Nacionais (DCNs), ainda apresentam lacunas relacionadas a uma formação baseada na integralidade, bem como fragilidades na relação pedagógica, no sentido de dar suporte e acolhimento aos discentes.

Em relação a pesquisas direcionadas à docência, também na área da Enfermagem, Rodrigues e Sobrinho (2008) concluem que os docentes estão cientes das mudanças necessárias na formação, porém, há inviabilidade quanto à prática da integralidade, sendo que as estratégias de ensino ainda estão pautadas na verticalidade e em ações normativas. Santana et al. (2010) trazem como desafios a qualificação dos docentes, o estudo mostrou que a maioria não tinha preparo pedagógico para a função, pois adentraram no espaço de formação superior devido a suas atividades como profissionais de enfermagem. Os docentes revelaram como principal desafio romper com a lógica tradicional de ensino através de uma preparação/ capacitação específica para a docência.

Secco e Pereira (2004) realizaram um estudo com coordenadores de graduação dos cursos de Odontologia e identificaram que é preciso voltar-se para o olhar coletivo a fim de impactar de fato nas políticas públicas de saúde, pois o ensino na Odontologia tem histórico de ser individualista e elitista, sendo que isso exige uma mudança também na dimensão pedagógica para um projeto social e educativo comprometido com a cidadania. Ainda na Odontologia, Lazzarin, Nakama e Cordoni Junior (2010) em um estudo realizado com docentes sobre o processo de ensino aprendizagem, referem que a prática tradicional ainda é a principal estratégia.

O docente da saúde é um profissional tecnicamente qualificado na sua área, porém não tem preparo específico para a prática da docência, desenvolvendo-a cada um do seu jeito ou conforme suas vivências anteriores enquanto estudantes. Para uma mudança na formação de profissionais generalistas, humanistas e reflexivos, os autores sugerem capacitação didático-pedagógica para que tenhamos educadores e não especialistas, docentes que desenvolvam um olhar ampliado em saúde para dar respostas aos problemas de saúde do país (LAZZARIN, NAKAMA e CORDONI JUNIOR, 2010).

Blank (2006) faz uma reflexão sobre os cenários de aprendizado na graduação em Medicina, refere que os mesmos ainda são muito centrados nas especialidades hospitalares, que exigem um domínio de conhecimento puramente teórico e pouco relacional. Sugere que deveriam ser mais abrangentes, incorporando a atenção primária como cenário e, por conseguinte, vivenciando os problemas reais do cotidiano da saúde, ao olhar o doente em seu contexto de vida. Rios e Schraiber (2012), ao analisarem a relação pedagógica em uma escola médica, sob a percepção de docentes e estudantes, referiram que o ensino centrado no professor e a transmissão de conhecimento ainda é a principal atitude do docente, sendo que a relação de hierarquia, sofrimento e desqualificação do estudante se sobressaem à uma relação de construção de vínculo e cuidado, e continua sendo um modelo legítimo e aceito pela Instituição de ensino.

Nesse sentido, Lima et al. (2013), em sua pesquisa com estudantes do curso de Enfermagem, revelou também que o docente acaba deixando a desejar, o que inviabiliza a oportunidade de ambos vivenciarem de fato a integralidade. A autora faz uma reflexão que para o processo de formação ser estruturado na lógica da integralidade, requer uma relação ancorada em um referencial pedagógico que tenha diálogo, aproximação da realidade dos sujeitos e reconhecimento destes como seres humanos que movimentam processos de mudanças.

Esses estudos relacionados à temática da integralidade na docência nos trazem grandes desafios no âmbito do ensino da saúde. Espiridião e Munari (2004) referem que muitas vezes o exercício da docência não é humanizado, e isso é uma réplica da relação que se constrói com o usuário nas práticas em saúde. Essa falta de vivência da integralidade durante a formação acaba privando a ambos (docentes e discentes) a oportunidade de vivenciarem o discurso de integralidade que teoricamente defendem. Prado, Reibnitz e Gelbcke (2006) contribuem ao apresentarem que ao ensinar a cuidar é preciso exercer o

cuidado, no caso com o estudante em formação, para que o mesmo possa reproduzir isso em sua prática cotidiana e profissional.

Sendo assim, ao relacionar a integralidade com uma postura ético-política, essa quer dizer também sobre algo que mobiliza dentro de nós, uma prática solidária e em defesa da vida num fazer coletivo. Esta vivência precisa ser realizada e instigada no espaço da universidade, durante a formação dos profissionais de saúde. Isso nos mobilizou a refletir sobre como formar sujeitos que incorporem essa prática de integralidade do cuidado para que possam qualificar e fortalecer o SUS?

Pensar a Universidade como um espaço de cuidado e um envolvimento mais humanizado e democrático entre os atores é um desafio que precisa ser discutido e pensado como um dos fatores que contribui para formação de uma sociedade transformadora e solidária, o que refletirá em atuações mais efetivas, resolutivas e humanizadas na saúde, fortalecendo o SUS como uma política pública universal, principalmente em cursos que são a base da atenção à família em seu território, ou que tem por finalidade servir de “apoio” para que essa atenção seja resolutiva e integral.

Para Barros (2011), problematizar os processos de formação em curso permite, além de pensar em alternativas futuras, pensar também em novas perguntas a fim de desnaturalizar o que está instituído. Diante disso, julgamos importante a Saúde Coletiva refletir sobre a construção dos processos formativos baseados na integralidade, como eles são concebidos e vivenciados na relação pedagógica na formação de profissionais para o SUS.

## 1.2 QUESTÃO NORTEADORA DA PESQUISA

Como os docentes do ensino superior da saúde concebem e vivenciam o princípio da integralidade na relação pedagógica na formação de profissionais para o SUS?



### 1.3 OBJETIVOS

**Objetivo geral:**

Analisar como os docentes do ensino superior da saúde concebem e vivenciam o princípio da integralidade na relação pedagógica na formação de profissionais para o SUS.

**Objetivos específicos:**

- Constatar o entendimento dos docentes sobre a temática da integralidade no ensino superior.
- Identificar se os docentes percebem ações mobilizadoras de integralidade em sua prática pedagógica e quais são elas.
- Conhecer os modos como os docentes vivenciam em suas práticas o princípio da integralidade.

## **2 REVISÃO DE LITERATURA**

### **2.1 CONSTRUÇÃO DA INTEGRALIDADE EM SAÚDE NO BRASIL**

#### **2.1.1 Contexto histórico da saúde no Brasil**

No início do Sec. XX as ações em saúde pública eram impostas, de cunho higienista e focadas nas endemias, como exemplo, as campanhas de vacinas. Em 1923 surgiu o seguro social, sistema de Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs) que tinha um desconto no salário e assegurava aos ferroviários o direito de aposentadoria, pensão, auxílio funeral e também o tratamento médico e acesso a medicamentos. Esse sistema de proteção social se expandiu na década de 1930, ampliando a várias categorias profissionais e organizando-se em Caixas de aposentadorias e pensões e Institutos de previdência sob o comando do Estado (OLIVEIRA et al., 2011; BERTOLLI FILHO, 2011; FINKELMAN, 2002).

Aos que não possuíam vínculo empregatício ou trabalhavam informalmente, o atendimento em saúde se dava através da caridade pública, vistos como indigentes eram atendidos em hospitais estaduais e municipais, filantrópicos e universitários, administrados pelo Estado ou instituições de caridade (OLIVEIRA et al., 2011; BERTOLLI FILHO, 2011).

A postura inclusive de profissionais da saúde até início de 1942 era de ensinamentos higienistas e preconceito racial, pois acreditavam que a raça era responsável por muitas das moléstias e a miséria no país. A condição de saúde nesse período era muito precária, muitas pessoas morriam sem receber nenhum tipo de tratamento (BERTOLLI FILHO, 2011).

Em 1953 foi criado o Ministério da Saúde, com verbas irrisórias para a saúde coletiva, faltavam profissionais, equipamentos e postos de atendimento. Além das dificuldades técnicas e operacionais, o que interferia na política de saúde era o clientelismo, a troca de recursos por apoio político, aspectos que, infelizmente, ainda estão presentes em alguns espaços nos dias atuais (BERTOLLI FILHO, 2011).

Em 1945, após pressões sindicais, milhões de pessoas já estavam vinculadas aos institutos previdenciários, porém, a prestação de atendimento de saúde continuava muito precária, com baixa qualidade. Nesse período, o setor privado passa a pressionar o Estado para a compra de serviços para não investir diretamente em saúde pública. O

setor político concordou e aprovou leis que privilegiavam os grupos privados (BERTOLLI FILHO, 2011).

Em 1955 intensificaram as críticas ao governo, o objetivo foi lutar por melhorias nas condições de vida e saúde do povo, o que provocou a politização de médicos e epidemiologistas. Alguns grupos da medicina passaram a se preocupar e lutar pelo bem-estar coletivo, inclusive o benefício aos mais pobres. A aliança entre a comunidade médica e movimentos populares elevou as reivindicações no setor sanitário, porém, tinha o impasse que concorria com isso, os latifundiários que lucravam com a miséria (BERTOLLI FILHO, 2011).

Na década de 1960, o efeito da ditadura para a saúde foi a diminuição de recursos destinados a este fim. O Ministério da Saúde novamente passa a priorizar a saúde como elemento individual e não coletivo. O investimento era para os hospitais particulares (que prestavam atendimento aos pobres doentes), e campanhas de vacinação. Nada restava para tratamento da água e esgotos, responsáveis pela prevenção de doenças e agravos (BERTOLLI FILHO, 2011).

Em 1966 foi criado o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) unificando todos os órgãos previdenciários e subordinado ao Ministério do Trabalho. O Estado apoiava a iniciativa privada, que atendia os trabalhadores. Com a crise no setor previdenciário advindo da incapacidade gerencial e fraudes dos hospitais privados, em 1974 foi criado o Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS) que ficava sob o comando do Ministério da Previdência. Algumas medidas foram tomadas na área de assistência médica, que culminaram na criação do Sistema Nacional de Saúde (1975). O aumento da assistência médica individual e dos leitos hospitalares causaram uma queda na mortalidade geral da população, porém, o Brasil ainda permanecia como um dos países mais enfermos da América Latina (BERTOLLI FILHO, 2011).

A partir desse período, dá entrada o capital estrangeiro na oferta de serviços médico-hospitalares e também na indústria farmacêutica. Esse quadro não melhorou o acesso a saúde a maioria da população. A ausência de planejamento, a ineficiência de serviços e a corrupção continuavam a provocar uma grave crise econômica e social (BERTOLLI FILHO, 2011).

Advindo desses descontentamentos, nos anos 1980 a população passa a lutar por melhores condições de vida com a assessoria de padres e médicos sanitaristas, através criação dos Conselhos Populares de Saúde. Essa mobilização juntamente com a criação da ABRASCO e do

CEBES favoreceram o Movimento Sanitarista, que buscava encontrar respostas para a saúde nacional (BERTOLLI FILHO, 2011).

A partir da Constituição Federal de 1988, a saúde passa a ser universal sendo provida pelo Estado, um movimento da sociedade civil organizada, da saúde coletiva e demais segmentos sindicais que muito discutiram e defenderam um conceito de saúde que viesse a incorporar outros elementos como moradia, transporte, trabalho, lazer, entre outros. Esse movimento propunha novas diretrizes para a assistência e organização da saúde, o que culminou na criação do SUS (OLIVEIRA et al., 2011).

### **2.1.2 Reforma sanitária brasileira e o Sistema Único de Saúde**

O projeto da Reforma Sanitária Brasileira (RSB) vista como um processo, faz parte de lutas sociais por melhores condições de vida e saúde, não estando limitado somente ao SUS (PAIM, 2008, 2012).

As Décadas de 1950 e 1960 do século passado contaram com lutas sociais, dentre elas a reforma agrária e a reforma universitária. Nesse momento, a socialização da medicina começa a ser falada, bem como, artigos da revista Saúde em Debate passam a discutir sobre a medicina social, inclusive como uma proposta mais ampla para se alcançar a saúde. A defesa da saúde como um direito de todos propunha uma reorganização na prestação de serviços, recomendava definir os princípios de uma Reforma Sanitária, a qual reconhecesse a “unificação dos serviços de saúde, a participação social e a ampliação do acesso a serviços de qualidade” (PAIM, 2012, p. 10).

Nas décadas de 1970 e 1980 intensificaram os movimentos sociais propondo a democratização da saúde, durante a preparação para a 8ª CNS foram produzidos textos com conceitos importantes sobre saúde-doença, promoção da saúde, entre outros temas. Dessa forma, a elaboração do projeto da RSB teve a participação de professores e pesquisadores da Saúde Coletiva (PAIM, 2012).

Para que fosse efetivado realmente um conceito ampliado de saúde, a 8ª CNS entendia que a RSB seria mais ampla do que uma reforma administrativa e financeira. Arouca (1988) referiu quatro dimensões para essa transformação: Dimensão específica: comporta o fenômeno saúde/doença, representado pelos indicadores, experiências acumuladas, comparação com outros níveis de saúde. Dimensão Institucional: se relaciona com as instituições que atuam, seja na produção de mercadorias, equipamentos e formação. Dimensão Ideológica: são os valores, concepções, conceitos que expressam a

historicidade da condição sanitária. Dimensão das relações: essa tem a ver com a organização social e produtiva como produtoras de situações de riscos e possibilidades ao fenômeno saúde-doença.

Dessa forma, a RSB estaria articulando a questão sanitária, ao sistema de saúde, ideologia e estrutura econômica destacando dois sentidos: um especificamente ao campo das instituições, da produção de equipamentos e mercadorias e formação de recursos humanos. O outro reconhecendo que a saúde está relacionada às condições de educação, saneamento, habitação, transporte e demais componentes que afetam a saúde. Portanto, um processo de transformação social que não se restringia somente ao setor saúde (PAIM, 2012).

Sobre o percurso da RSB, Paim (2008, 2012) sugere uma análise a partir de um ciclo: *ideia-proposta-projeto-movimento-processo*. A ideia seria o pensamento inicial do direito à saúde, a proposta foram os princípios e proposições no documento apresentado pelo CEBES na câmara de deputados em 1979. O Projeto foi legitimado na 8ª CNS, constando em seu relatório final. O movimento se caracteriza pela criação do CEBES e demais conjunturas.

Enquanto projeto, a RSB pode ser definida como uma reforma social de caráter geral, tendo a mudança nos modos de vida como foco, contemplando os seguintes elementos: democratização da saúde, democratização do Estado e democratização da sociedade (PAIM, 2012).

Na conjuntura pós 1988, as políticas econômicas e sociais inspiradas no neoliberalismo, redirecionaram os propósitos da RSB, pois a mesma foi obrigada a se restringir a uma reforma parcial, representada somente pelo SUS, o qual teve seu financiamento vetado pelo então presidente Fernando Collor de Melo, ou seja, a RSB não resultou na reforma social geral como idealizada no projeto. Dessa forma, enquanto processo, é possível analisar avanços e retrocessos conforme as bases de sustentação política e social do país, entendendo que a RSB não se reduz ao SUS, inclusive está aberta a novos sujeitos, novos movimentos sociais, a “radicalização da democracia e a construção de modelos alternativos de desenvolvimento podem ser algumas pistas a serem exploradas” para que haja transformações em outros campos além do Estado (PAIM, 2012, p. 25).

### **2.1.3 Integralidade no Sistema Único de Saúde e práticas em saúde**

O SUS é um dos mais completos sistemas de saúde do mundo, oferecendo assistência a toda a população através de ações e serviços

prestados por instituições públicas federais, estaduais, municipais, de administração direta e indireta, e, fundações mantidas pelo poder público. A iniciativa privada se constitui como suplementar dentro do sistema. Está preconizado teoricamente que a gestão deve ser democrática, prevendo espaços como conselhos e conferências que permitem a participação da sociedade civil no acompanhamento e decisões relacionadas ao planejamento, organização e execução das ações em saúde (OLIVEIRA et al., 2011).

Em nosso sistema, a saúde passa a ter princípios como universalidade, integralidade e equidade, concebida como um direito de cidadania, que extrapola a ausência de doenças, o que permite pensar a assistência à saúde considerando os determinantes sociais da população, que impactam diretamente em seu estado de saúde (MURTINHO, 2016).

Como um princípio do SUS, a integralidade não tem uma definição única, ela produz diferentes sentidos (MATTOS, 2008), tem a ver com as relações, encontros e desencontros, interações positivas entre usuários, profissionais e instituições-relações de cuidado, respeito, acolhimento e vínculo. A integralidade deve ser vista “como uma construção coletiva, que ganha forma e expressão no espaço de encontro dos diferentes sujeitos implicados” (PINHEIRO; GUIZARDI, 2008, p. 39). Como está implicada com as relações, o cuidado se torna uma categoria e um princípio fundamental para a sua concretização. O cuidado como valor e bem comum não é algo dado, é algo a ser construído em uma relação democrática, sem uso de poder e autoridade de saber técnico. Um processo político na produção de subjetividades de sujeitos implicados com a saúde como direito. Portanto, nem todas as práticas realizadas pelos profissionais são cuidadoras, algumas se distanciam muito da integralidade. Cuidar é um ato interativo que exige relacionamento e envolvimento entre as partes baseado pelo respeito (GUIZARDI; CAVALCANTI, 2010; LACERDA; VALLA, 2008).

Acreditamos que para a saúde, se faz necessário pensarmos encontros entre sujeitos que produzam estratégias capazes de auxiliar as pessoas a alcançarem seus projetos de felicidade. O que acontece é que na busca pela racionalidade técnica reduzimos as ações às respostas biológicas e não ao cuidado integral que acolhe as experiências, o sofrimento e os significados práticos das pessoas. Isso exige a abertura de horizontes, a fim de diminuir a desigualdade de poderes instituídos nas relações, favorecendo um processo dialógico, um reconhecimento mútuo de afetividade e compromisso entre profissionais e usuários. Uma ação ética que se concretize nas experiências cotidianas de cuidado, de

tornar a vida humana uma preciosidade. Aliás falar do cuidado é fácil, difícil é concretiza-lo na prática, compreender e respeitar a situação dos sujeitos sem enquadrá-los em nossos parâmetros é mesmo um desafio (AYRES, 2010; SILVA; GOMES, 2008; LACERDA; VALLA, 2008).

Cecílio (2006) refere que integralidade deve ser pensada em nível micro e macro, onde ambos interagem a todo momento conforme as necessidades de saúde do usuário do SUS. Dessa forma, a “integralidade focalizada” (em um serviço específico), deve se organizar e se capacitar no sentido de uma escuta para as necessidades de saúde, essas que podem chegar até o serviço como demandas de saúde: acesso a consulta médica, ao medicamento ou relacionada a outra oferta do serviço, porém, as necessidades de saúde podem ser outras relacionadas à moradia, trabalho, situações familiares, vínculo afetivo com um profissional na possibilidade de ter mais autonomia em seu modo de andar a vida, prolonga-la. Dessa forma, o desafio dos profissionais e da equipe nesse nível micro requer a escuta e a busca pela tradução e atendimento dessas necessidades.

Essa postura de acolhimento, escuta e olhar ampliado às demandas dos usuários devem estar presentes, inclusive, nos serviços especializados. O serviço sozinho não consegue atender a todas as demandas, portanto, é preciso pensar a atenção em rede, uma “integralidade ampliada” que promova a articulação entre os serviços. A intervenção de um especialista precisa levar em conta o cotidiano dos pacientes, mesmo que ele tenha sido referenciado para um tratamento pontual (CECILIO, 2006).

Dessa forma, “a integralidade ampliada seria esta relação articulada complementar e dialética, entre a máxima integralidade no cuidado de cada profissional, de cada equipe e da rede de serviços de saúde e outros” (CECILIO, 2006, p. 124). O que acontece é que ainda seguimos realizando uma atenção fragmentada, atendendo a demandas pontuais, sem relacionar com as necessidades reais dos usuários e sem acionar a rede de serviços disponíveis, limitando-nos, enquanto profissionais, a fazer encaminhamentos, muitas vezes sem ao menos explicar os fluxos aos usuários dos serviços.

Mattos (2009) também relaciona três sentidos para a integralidade: o primeiro diz respeito a resposta ao sofrimento do usuário, olhar ampliado, contemplando a prevenção e promoção. Nessa lógica, inclui a escuta qualificada a qual percebe para além da demanda explícita e biológica; o segundo, é relacionado ao modo de organizar as práticas através da horizontalidade nos programas, atividades coletivas, organização da demanda espontânea e demanda programada; e o

terceiro seria a definição legal e institucional, através do conjunto articulado de ações e serviços de saúde (preventivos e curativos, individuais e coletivos) nos diversos níveis de complexidade do sistema, ou seja, no campo dos programas e das políticas públicas.

Considerando os três pontos, podemos dizer que a integralidade envolve então a relação direta com o usuário, como a assistência à saúde está organizada e como a rede de cuidados que constitui o sistema está sendo implementada. Além disso, Mattos (2009) nos desafia dizendo que a integralidade não é apenas uma diretriz do SUS, mas sim, uma “bandeira de luta”, ela traz um conjunto de valores dos quais estão relacionados a uma sociedade mais justa e solidária.

Pinheiro (2007) refere que algumas experiências têm buscado transformar as práticas do cotidiano em saúde, as quais tem implicado repensar processo de trabalho, gestão e planejamento. Sinaliza que precisamos de construções cotidianas com interações democráticas dos sujeitos nos e entre os diversos serviços de saúde. Uma relação de compromisso ético-político de sinceridade, responsabilidade e confiança entre sujeitos reais e portadores de projetos de felicidade. Tendo responsabilidade entre serviços e população, humanização das práticas, fortalecimento de vínculo entre profissionais e população, estímulos para organização da comunidade para o exercício do controle social e ao reconhecimento da saúde como um direito de cidadania.

A integralidade das ações implica em um fazer coletivo e realizado por indivíduos em defesa da vida, o que tem se tornado mais desafiador devido à expansão do capitalismo. Este tem permitido o avanço e progresso de tecnologias, inclusive na saúde, porém, o mesmo não acontece nas relações sociais. Esse processo muitas vezes de disputa, não permite o fazer coletivo, pelo contrário, estimula o individualismo e a discriminação (PINHEIRO, 2007).

Merhy (2013) refere que temos três tipos de tecnologias a serem utilizadas na saúde, a tecnologia dura: que diz respeito à utilização de equipamentos e máquinas; a leve-dura: que tem a ver com os saberes estruturados das profissões; e a tecnologia leve: que ocorre no encontro entre profissional-usuário, na escuta, na acolhida, na responsabilização e vínculo produzidos. Todas são importantes, porém, ainda temos uma organização e uma atenção que prioriza as tecnologias duras, sendo assim, precisamos avançar no campo das relações, do acolhimento e compromisso com o usuário, para que possamos de fato entender suas necessidades de saúde e torna-los sujeitos participantes desse processo, considerar as tecnologias leves são prerrogativas para ações na lógica da integralidade.



Dessa forma, os serviços precisam realizar uma atenção que seja usuário centrada, pautada em relações cuidadoras, onde possamos aumentar o protagonismo do usuário, esse processo tem mais a ver com aplicar a arte do cuidado do que a onipotência da ciência (MERHY, 2013; FERLA, 2008).

Considerando os aspectos acima abordados percebemos que desde a sua criação, o SUS tem enfrentado diversos desafios para efetivação dos seus princípios. Nesse sentido, a Política Nacional de Humanização (PNH) foi criada com o intuito de fortalecer o sistema e propor mudanças nas formas de gestão e atenção realizadas. Os fenômenos de desumanização recorrentes apontados por trabalhadores e usuários do sistema, como por exemplo: as filas desnecessárias para atendimento, o descaso e a incapacidade de escuta qualificada, a discriminação, as práticas éticas descabidas, são sintomas de problemas bem mais complexos, diante disso, “não se trata de humanizar o humano, senão de enfrentar e lidar com relações de poder, de trabalho e de afeto – estas sim produtoras de práticas desumanizadas – considerando nosso horizonte ético e político” (PASCHE, 2010, p. 65-66).

A PNH traz movimentos e propostas na perspectiva de trabalhadores, de usuários e também da formação no SUS. No que tange a formação, considera importante que os estudantes tenham a vivência no campo da saúde, em suas práticas como um todo, dessa forma, “a exigência é que formemos trabalhadores da saúde com capacidade técnica e política para construir novas realidades institucionais e novas práticas, mais eficazes, mais justas e igualitárias” (PASCHE, 2010, p. 69). Sendo assim, precisamos refletir sobre a formação dos profissionais de saúde, como ela se constituiu ao longo dos anos e como isso ainda influencia nos dias atuais.

## 2.2 FORMAÇÃO EM SAÚDE COM VISTAS À INTEGRALIDADE

Até a segunda metade do Sec. XIX a formação na área da saúde era muito heterogênea, obtida através de aprendizagem pela prática em laboratórios e serviços legitimados, mediante treinamento sob supervisão. O principal marco da medicina científica foi a partir do Relatório Flexner (1910), proposto por Abraham Flexner. As principais características desse modelo positivista, também chamado de biomédico são: biologicismo, tecnificação, especialização, tendo como ênfase a doença e seus aspectos curativos, tendo o hospital como foco da atenção e formação. Esse direcionamento do ensino médico permitiu uma avaliação dos cursos de medicina ofertados nos Estados Unidos da América e Canadá, resultando no fechamento de 124 das 155 escolas médicas americanas (COELHO, 2013; PAGLIOSA; ROS, 2008; FARIA, 2013).

Nesse modelo, a abordagem coletiva, populacional e social perdeu seu espaço e o foco passou a ser o estudo do indivíduo, dessa forma, o eixo da compreensão da doença passa a ser biológico através de agentes infecciosos. A prática ficou cada vez mais reduzida e dependente de equipamentos, isso favoreceu a especialização e colocou o hospital como principal local para diagnóstico e tratamento (COELHO, 2013; PAGLIOSA; ROS, 2008; FARIA, 2013).

A crítica ao Relatório Flexner veio 10 anos depois na Inglaterra com o Relatório Dawson (1920), elaborado por Bertrand Dawson propondo uma reorganização da atenção à saúde, através de uma formação de profissionais generalistas e a prática de ações preventivas, além das curativas. Os serviços organizados por níveis de atenção, sendo que a base estaria concentrada nos cuidados primários de saúde, posteriormente secundários e o hospital seria acionado conforme a necessidade. Todos os serviços eram de responsabilidade do Estado onde a atenção primária é a organizadora do sistema, responsável por resolver entre 80 e 90% dos problemas de saúde, ao contrário do americano, que era responsável somente pelos programas pontuais como tuberculose, gestantes, crianças, imunizações (COELHO, 2013).

Analisando os dois modelos é possível perceber que são antagônicos, com foco e propostas diferentes. Enquanto nos EUA o Estado era responsável pelas ações de saúde coletiva (controle de doenças de impacto coletivo, vigilância sanitária, ambiental) ficando a cargo do setor privado a prestação dos serviços individuais, o Reino Unido e demais países europeus constituíram sistemas universais e públicos de saúde. (COELHO, 2013).

O reconhecimento da medicina como profissão, a evolução dos hospitais como centros de pesquisa e aprendizagem e essa visão científica se constituíram como modelo hegemônico da segunda metade do Sec. XIX e praticamente todo o Sec. XX em praticamente todos os países do Ocidente, inclusive os socialistas, no entanto, o que variava era a forma como os serviços se organizavam e como eram disponibilizados à população. Nesse cenário a formação dos profissionais sofreu influências dessa concepção biologicista, baseada na prática individual com foco na doença, tendo o hospital como referência (FARIA et al., 2013; CECCIM; CARVALHO, 2011).

Nesse cenário desponta a pesquisa experimental, construindo a racionalidade médica moderna. O estudo do corpo morto é a concretização de uma concepção somente técnico-científica da saúde, desconsiderando o contexto vivo e pulsante. Muitos estudantes só ao final dos cursos de graduação passavam por vivências reais em estágios supervisionados no treinamento clínico. Podemos considerar que esse contexto de formação dificultou muito a construção de processos cuidadores e integrais em saúde. A organização dos currículos concentrada em disciplinas específicas, as quais priorizavam problemas de saúde individuais, onde a doença era entendida como uma “desordem” da “máquina” humana que precisava ser ajustada. Isso resultou em uma formação fragmentada que valorizava o saber científico e desconsidera os demais contextos da realidade dos serviços de saúde e da vida dos usuário (CECCIM; CARVALHO, 2011; MOREIRA; DIAS, 2015; ARAUJO; MIRANDA; BRASIL, 2007).

Em 1946 a Organização Mundial de Saúde (OMS) conceitua saúde como “bem-estar físico, mental e social”, iniciando assim algumas reflexões e debates sobre o ensino da saúde pública (movimento preventivista) apontando a formação como estratégia para a mudança nas práticas que ganhou forças somente em 1960, quando houve a abertura de disciplinas, departamentos, setores na área da saúde pública e saúde preventiva, que contestava a hegemonia do modelo biomédico (CECCIM; CARVALHO, 2011).

Na década de 1970 a saúde comunitária ganha destaque na formação e nos anos 70 e 80 do século XX, os questionamentos se intensificaram, visto que o modelo hegemônico não tinha a capacidade de impactar na qualidade de vida e indicadores de saúde, além dos altos custos investidos para mantê-lo (FARIA, 2013).

Outro ponto motivador para reflexão a respeito do sistema de saúde, foi a Conferência de Alma-Ata (1978), na qual foi lançado o programa “Saúde para Todos no ano de 2000”, apontando para cuidados

primários em saúde, com ênfase na prevenção e promoção da saúde (inspirado no sistema britânico). Nos anos de 1980 e 1990 intensifica-se as reivindicações para novos espaços de aprendizagem como unidades básicas de saúde, incorporando também algumas mudanças nos currículos onde pudesse incorporar as redes locais de saúde. CECCIM; CARVALHO, 2011; FARIA, 2013).

A implantação do SUS (1990) propõe uma mudança nos modos de produzir saúde e contempla também a ordenação da formação, dessa forma, ficou definido que cabe ao Ministério da Saúde, além de reorientar as práticas em saúde, reorientar a formação de profissionais. A partir dessas críticas foram fortalecidas discussões entre os Ministérios (Saúde e Educação), Conselhos Nacionais de Saúde e Educação, de secretários e secretarias de saúde, e órgãos de classe profissional, frente a uma emergência na mudança da formação, com vistas a contemplar as necessidades do sistema de saúde vigente (MOREIRA; DIAS, 2015).

O marco dessa mudança, foi o Parecer do Conselho Nacional de Educação e Câmara de Educação Superior (CNE/CES) n. 1133/2001, emitido em agosto de 2001 que introduziu aspectos fundamentais para a constituição das DCNs dos cursos da área da saúde, sendo eles: Perfil do Formando Egresso/Profissional, Competências e Habilidades, Conteúdos Curriculares, Estágios e Atividades Complementares, Organização do Curso e Acompanhamento e Avaliação. Solicita o abandono dos antigos currículos para novos mais flexíveis, diversificados e que contemplem as transformações sociais. O documento refere o Artigo 196 da Constituição Federal, o qual estabelece os princípios e diretrizes do SUS como elementos fundamentais para a articulação entre a Educação Superior e Saúde (BRASIL, 2001a).

### **2.2.2 Diretrizes Curriculares Nacionais dos cursos da saúde, o que mudou?**

Considerando as DCNs, o Sistema de Saúde brasileiro passa a ser contemplado na formação dos profissionais considerando a promoção, a prevenção, a recuperação e a reabilitação da saúde. O objetivo é formar profissionais capazes de promover a integralidade, qualidade e humanização do atendimento com resolutividade. Dentre os documentos que serviram de base para essa elaboração estavam a Constituição Federal de 1988 e o Relatório Final da 11ª Conferência Nacional de Saúde, além de documentos internacionais relacionados à saúde e

educação (BRASIL, 2001a; CECCIM; CARVALHO, 2011; MOREIRA; DIAS, 2015).

Os primeiros cursos a instituírem suas Diretrizes Curriculares na área da saúde foram: Medicina, Enfermagem e Nutrição (ainda em 2001), seguidas por Odontologia, Fisioterapia e Farmácia (2002) e posteriormente Biomedicina (2003) e Psicologia (2004). Psicologia e Medicina já possuem diretrizes mais atualizadas, 2011 e 2014, respectivamente. Outros cursos estão em fase de revisão de suas DCNs, mas ainda não oficializaram as atualizações (BRASIL, 2001a, 2001b, 2001c; BRASIL 2002a, 2002b, 2002c; BRASIL 2003; BRASIL 2011; BRASIL 2014).

Setores ligados a RSB têm pensado mudanças na formação relacionando três movimentos: transformação na estrutura dos cursos para evitar a fragmentação entre campos disciplinares; integrar a rede de serviços e a universidade sem sobreposição de poder; e a terceira é a atuação do docente como mediador do processo de ensino (OLIVEIRA; FERNANDEZ; KOIFMAN, 2010).

Ao considerar as DCNs da saúde e os movimentos pela qualificação do ensino da saúde, se torna necessário uma reformulação dos currículos pelas universidades a fim de fortalecer o processo de interlocução entre a educação superior e a saúde como um todo (atenção, gestão e controle social). Ceccim e Feuerwerker (2004) referem a necessidade de um trabalho integrado entre o sistema de saúde e as instituições formadoras, um trabalho que possa fortalecer os serviços através da educação permanente em saúde<sup>2</sup>, bem como, a rede assistencial, gestão e controle social. Nesse sentido, uma estratégia que apresentam é o quadrilátero de formação: que propõe a articulação entre o ensino, a gestão, a atenção e o controle social, onde a “qualidade da formação passa resultar da apreciação de critérios de relevância para o desenvolvimento tecnoprofissional, o ordenamento da rede de atenção e a alteridade com os usuários” (CECCIM; FEUERWERKER, 2004, p. 47).

A primeira iniciativa de mudanças curriculares na perspectiva de uma inovação curricular que atendesse às DCNs e contemplasse a formação para o SUS foi da medicina, através da Portaria Interministerial nº. 610, de 26 de Março de 2002, que instituiu o

---

<sup>2</sup> A Educação permanente em saúde tem a ver com o processo educativo que ocorre no cotidiano do processo de trabalho em saúde, colocando-o em análise com a finalidade de problematizar e repensar as práticas produzidas (CECCIM, 2005).

Programa Nacional de Incentivo às Mudanças Curriculares para as Escolas Médicas (PROMED), que objetivava: atender as necessidades do SUS e promover a integração junto à gestão do sistema, realizar ações integradas entre o processo saúde-doença e promoção de saúde, ampliar os espaços de formação na rede básica de serviços, adoção de metodologias centrada nos estudantes (BRASIL, 2002).

Posteriormente, conforme Moreira e Dias (2015), algumas mudanças significativas aconteceram em nível federal após a criação na Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde (SGTES), em 2003 no Ministério da Saúde (MS), a qual impulsionou novas políticas e programas no tocante à formação de profissionais para a saúde. O destaque foi o projeto “AprenderSUS: o SUS e os cursos de Graduação da Área da Saúde”, lançado em 2004, o qual

pode ser resumido por uma ética da interlocução cooperativa, participativa e aberta à inovação com a educação superior no ensino de graduação das profissões de saúde; uma estética do encontro, de instância do sistema de saúde, de uma produção viva de currículos, de aproximação docentes-estudantes-trabalhadores-gestores-usuários de saúde nas aprendizagens a serem proporcionadas em cursos de graduação na área da saúde e uma política de apropriação/afirmação do sistema brasileiro de saúde, do trabalho em equipe multiprofissional e da integralidade da atenção (CECCIM, 2010, p. 133-134).

Dessa forma, o projeto foi disparador de movimentos relacionados à mudança na formação segundo princípios do SUS e também no sentido de fortalecer a ação política. Foram criados dispositivos para ampliação da interação entre atores da educação e da saúde, expansão de serviços do SUS como possibilidades de inserção dos estudantes, sendo que os programas como o Pró-Saúde e Pet-Saúde foram frutos dessa construção (CECCIM, 2010).

Para Ceccim (2010, p. 89), “como projeto da integralidade, o ensino da saúde deve considerar os cenários de aprendizagem, metodologias de ensino, seleção de currículos, avaliação e orientação ético-política coerentes e correspondentes”. Sendo assim, os cenários de aprendizagem devem contemplar compreensão e vivências que envolvam a gestão, atenção, controle social e a rede de serviços

disponíveis, incluindo o hospital, mas não sendo ele o principal componente.

Nas metodologias de ensino, é preciso superar a transmissão de conhecimento e proporcionar o contato com a alteridade, sendo estimulado o protagonismo do estudante. A seleção de currículos deve ser pautada na integralidade. A avaliação deve contemplar a auto avaliação, avaliação em grupo, avaliação de conteúdo e habilidades e avaliação feita pela tutoria no campo de prática. A orientação ético-política voltada para a afirmação da vida através da articulação entre os diversos saberes, tanto biológicos, quanto sociais (CECCIM, 2010).

Fernandes et al. (2013), através de uma pesquisa com estudantes de enfermagem refere que, embora o ensino sobre a saúde pública esteja sendo incorporado nos currículos, por meio de espaços para o contato com a prática em saúde, ainda falta uma integração comprometida com a formação entre as Instituições formadoras e os serviços do SUS. A inserção de estudantes nos espaços de prática muitas vezes é sentida como “mão de obra barata” e muito distantes da teoria estudada. É preciso refletir sobre o objetivo dessa inserção, as potencialidades e desafios nesse encontro entre atores do SUS que querem transformar e qualificar as práticas já instaladas.

Sendo assim,

nosso desafio é analisar permanentemente as forças em jogo na formação dos profissionais de saúde, a que a continuação da reforma sanitária nos convida, produzir estratégias para o enfrentamento do cotidiano e inventar práticas que afirmem e possibilitem, mais do que nunca, a criação coletiva de alternativas aos processos que hoje se instituem nesse âmbito (BARROS, 2011, p. 148).

Precisamos estar cientes e reativar a todo instante os princípios mobilizadores de uma formação que possa favorecer o desenvolvimento do sistema de saúde como um todo, uma “experiência ética como prática do mundo” (BARROS, 2010, p. 149), pois além de mudanças nos currículos é necessário uma mudança subjetiva, uma articulação dessas duas dimensões, onde o docente precisa estar atento para que possamos avançar de metodologias informativas para uma política de invenção, onde a ação e a problematização andem juntas na construção de novas possibilidades (BARROS, 2011).





### **3 REFERENCIAL TEÓRICO**

#### **3.1 INTEGRALIDADE, DOCÊNCIA E RELAÇÃO PEDAGÓGICA NO ENSINO SUPERIOR**

Considerando as reflexões até aqui realizadas, romper com a formação fragmentada e curativista é um desafio necessário, bem como a forma de ensinar baseada na transmissão de conhecimento. A universidade, além de um espaço de saber científico, precisa ser um espaço de construção de valores essenciais de cidadania e integralidade do cuidado. Nessa construção, o papel do docente é essencial para a constituição de uma prática humanizada, começando por sua própria postura de acolhimento e ação pedagógica com um fim social e produtor de cidadania (CASATE; CORRÊA, 2012).

Para discutirmos sobre a relação pedagógica é importante a contextualização das concepções pedagógicas que influenciam ainda hoje as práticas educativas.

##### **3.1.1 Concepções pedagógicas na educação brasileira**

Segundo Saviani (2005, 2012) o conceito de pedagogia está relacionado à atividade educativa, à relação educador-educando no processo de ensino e aprendizagem. Segundo ele, temos as seguintes concepções:

Pedagogia tradicional: centrada na transmissão de conhecimento, onde o professor é o detentor do saber e o aluno é receptor. Esta foi dominante até final do Sec. XIX e embora tenhamos outros modelos que surgiram posteriormente, ela ainda está muito presente em nosso cenário atual. Teve início pela pedagogia cristã/católica nos anos de 1549 e sua prioridade é a teoria sobre a prática.

Pedagogia Nova: faz uma crítica à pedagogia tradicional, desloca o foco da aprendizagem para o aluno, o professor seria o orientador de pequenos grupos, a escola teria um ambiente estimulante com uma biblioteca robusta a disposição. Esta não conseguiu alterar de forma significativa a organização das escolas, até porque isso exigia um custo elevado. Se propagou no início até a segunda metade do Sec. XX, nessa proposta a prática sobrepõe e determina a teoria.

Pedagogia tecnicista: inspirada na racionalidade, eficiência e produtividade (1960). A formação estaria voltada para favorecer os interesses produtivos. O elemento passa a ser os meios, professor e

alunos passam a ser secundários em um processo dirigido por especialistas.

Este primeiro grupo entende que a educação é um instrumento que permite a superação da marginalidade, entendem a sociedade como harmoniosa, sendo a marginalidade um acidente, um desvio que deve ser corrigido pela educação. Essas são “teorias não críticas” que encaram a educação como autônoma (SAVIANI, 2012).

Outro grupo, chamado por Saviani (2012) de “crítico-reprodutivistas”, concebem a sociedade dividida em classes antagônicas, onde a marginalidade é o resultado da própria sociedade, sendo a educação dependente da estrutura social, dominada pelo grupo que tem maior poder e, portanto, ela reforça e legitima a marginalidade. Nesse pensamento, são críticas pois consideram os determinantes sociais envolvidos na educação. Essas teorias não são consideradas pedagogias, pois não orientam atividade educativa em si (relação professor-aluno) (SAVIANI, 2012).

Entendendo que a escola é influenciada pelo sistema capitalista em que vivemos, onde a classe dominante está interessada em manter sua dominação, se torna um desafio pensar em uma transformação efetiva na educação. Dessa forma, uma teoria crítica só poderia ser reformulada a partir da mobilização e interesses dos dominados, no caso, os marginalizados. “Do ponto de vista prático, trata-se de retomar vigorosamente a luta contra a seletividade, a discriminação e o rebaixamento do ensino das camadas populares” (SAVIANI, 2012, p.31).

Nos modelos de pedagogia Tradicional e Nova, a educação é percebida como autônoma em relação a sociedade, o que modifica são os agentes do conhecimento e o papel do professor e do aluno. Enquanto o método tradicional, é centrado na transmissão de conhecimento, o método da Escola Nova busca novos conhecimentos através da experimentação, como um processo de pesquisa, onde professor e aluno estão na mesma posição frente ao desconhecido (SAVIANI, 2012).

No final das décadas de 1950 e início de 1960, intensifica-se o movimento renovador da educação, sendo que os movimentos mais significativos são o Movimento de Educação de Base (MEB) e o Movimento Paulo Freire de Educação de Adultos. A “teologia da libertação”, proposta por esses movimentos, propõe a libertação dos pobres e oprimidos pela sociedade capitalista. A década de 1960 conta com uma crise no movimento renovador, sendo que nesse momento é que se instala a tendência tecnicista, que se torna dominante na década de 1970, a qual inclusive, apesar das concepções pedagógicas contra

hegemônicas, se mantêm como dominante ao longo das últimas quatro décadas (SAVIANI, 2005).

Reibnitz e Prado (2006) também referem que os modelos que permearam a prática pedagógica foram: convencional/tradicional, progressista/Escola Nova, libertadora/Crítica. A Crítica se difere por ser uma aprendizagem que ocorre em qualquer espaço, cooperativa e participativa, baseada pelo respeito e igualdade. Ela propõe o progresso social, sendo que as outras duas mantêm a ordem da sociedade hegemônica.

### **3.1.2 A pedagogia libertadora de Paulo Freire**

O referencial para esta pesquisa é a pedagogia de Paulo Freire, por isso estaremos discorrendo sobre as principais características das quais acreditamos que sejam importantes para a relação pedagógica.

O autor refere que os homens e mulheres precisam ser sujeitos e não objetos de transformação. Como trabalhador social precisam conhecer a realidade quando atuam com outros seres humanos. Não pode ser neutro à desumanização imposta pela estrutura social, seu papel é problematizar esse estado e não reforçar o estado de objeto. Essa perspectiva de libertação não será alcançada pela educação tradicional, esse modelo onde o educador é o agente do conhecimento, que narra, deposita conteúdos e exige uma memorização mecânica por parte dos educandos (objeto) é chamado de concepção bancária de educação, a qual mantém a alienação, a opressão e a passividade (FREIRE, 2005a, 2005b).

A relação precisa ser baseada no diálogo, o qual não pode ser visto como uma técnica ou como uma tática, mas sim como algo natural entre as pessoas, que parte do progresso histórico, ele é necessário a medida que nos tornamos cada vez mais críticos e comunicativos sobre a realidade: como ela é feita e refeita. A medida que dialogamos refletimos sobre o que sabemos e o que não sabemos para que possamos agir sobre a nossa realidade (FREIRE; SHOR, 2000).

Portanto, o diálogo não ocorre de um lado para o outro na relação pedagógica, mas sim, os dois polos (docente e discente) olhando criticamente sobre o mesmo objeto, ou conhecimento, ou a realidade, ou a situação a ser investigada. Mesmo que o docente tenha tido o contato com o objeto (conhecimento a ser investigado) previamente e já tenha estudado sobre ele, isso não quer dizer que tenha esgotado as possibilidades sobre o mesmo, desta forma o docente estimula que o discente faça o seu olhar sobre o objeto e que juntos possam refletir e

construir novos olhares. “Uma situação dialógica implica a ausência do autoritarismo. O diálogo significa uma tensão permanente entre a autoridade e a liberdade”, autoridade essa no sentido de permitir a liberdade de expressão dos discentes (FREIRE; SHOR, 2000 p.127).

Sobre o processo de ensinar e aprender, Freire (2016) refere em sua obra *Pedagogia da Autonomia*, que perpassamos por muitos caminhos, entre eles:

- Rigorosidade metódica: ensinar a pensar “certo”, conectar-se com o concreto, com a realidade, capacidade de intervir no mundo. De nada adianta ler muitos livros se não consegue se conectar com a realidade e transformá-la.
- Pesquisa: para conhecer o que ainda não se conhece e comunicar o novo conhecimento. Transitar da curiosidade ingênua (senso comum) para a “curiosidade epistemológica” (crítica e transformadora).
- Respeito aos saberes dos educandos: utilizar a experiência dos educandos para discutir temáticas pertinentes a partir da realidade concreta deles.
- Criticidade: estimular a crítica para que os educandos superem a ingenuidade e tem curiosidade epistemológica.
- Estética e ética: educar é formar, com decência, pureza e coerência.
- Corporificação das palavras pelo exemplo: é preciso tornar real o discurso, vivenciá-lo na relação pedagógica.
- Risco, aceitação do novo e rejeição a qualquer forma de discriminação: dialogar, permitir-se renovar os conhecimentos e recusar qualquer tipo de preconceito e exclusão.
- Reflexão crítica sobre a prática: movimento dinâmico, dialético, com reflexão sobre a prática.
- Reconhecimento e assunção da identidade cultural: possibilitar que os educandos possam se assumir como seres pensantes, transformadores, criadores, dotados de sentimentos, desejos. O quanto tem importância um ato do educador seja em ambiente formal ou informal de encontro.
- Consciência do inacabamento e condicionamento: somos seres inacabados sempre em busca, ultrapassando os limites em um aprendizado permanente.
- Respeitar a autonomia do educando, ter bom-senso, humildade, tolerância e lutar pelos direitos dos educadores.

- Apreensão da realidade: ter clareza da prática educativa que se está desenvolvendo, da coerência e limitações implicadas no processo.
- Ter alegria, esperança e convicção de que a mudança é possível: caso contrário a prática educativa não tem sentido, já que ela deve promover transformações na realidade instalada.
- Ter segurança, competência profissional, generosidade, comprometimento e querer bem aos educandos.
- Compreender que a educação é uma forma de intervenção no mundo: a qual pode ser tanto para reproduzir a dominação ou rompê-la, por isso há de se ter uma posição de coerência do educador, com clareza do que pretende romper e estimular junto aos educandos.
- Saber escutar: só quem sabe escutar é que aprende a falar com o outro e não ao outro de forma impositiva, estar aberto para a fala do outro, os gestos e suas diferenças.

Dessa forma, percebemos que ensinar é um processo que precisa ter uma perspectiva transformadora, crítica, de mudança social e essa construção precisa ser feita com amor, respeito e perseverança Freire (2005b). Um grande desafio para os educadores é incorporar essa postura em si mesmos e, conseqüentemente, na relação com os educandos, para que possamos construir uma nova perspectiva de formação de pessoas e profissionais comprometidos com a sociedade como um todo.

### **3.1.3 Relação pedagógica na formação de profissionais para o Sistema Único de Saúde**

À medida que nos aprofundamos na questão da integralidade no SUS e da relação pedagógica como parte importante para a crítica e a curiosidade epistemológica, podemos refletir que a docência no ensino superior precisa caminhar nesse sentido para que possamos transformar as práticas em saúde. É preciso ressignificar o sentido da formação, rompendo com a lógica tradicional e bancária da educação.

Sabemos que os docentes exercem influências nos futuros profissionais da saúde, sendo na maneira como se relacionam, como interagem, como escutam e como se posicionam diante de temas e cenários diversos. Nessas reflexões me permito retomar a discussão sobre a integralidade compreendida como uma “bandeira de luta” trazida por Mattos (2009), ao acreditarmos que práticas docentes pautadas na pedagogia do cuidado, na defesa e luta de um sistema

público universal e qualificado, façam muita diferença na vida do discente e em sua práxis<sup>3</sup>.

Todos somos educadores, seja na relação docente-discente ou profissional-usuário, especificamente na saúde essas relações precisam estar pautadas em uma relação de cuidado. Então, se para a mudança de um modelo de saúde, precisamos de outros modos de cuidar na prática profissional, precisamos também construir outros modos de ensinar/aprender durante a formação na universidade. Para efetivarmos essa construção, é preciso que o cuidado integral seja vivenciado na prática pedagógica e não fique somente em discursos sobrepostos e contraditórios. Muitas vezes os docentes relacionam a temática da integralidade em casos específicos da prática profissional, porém, não colocam em prática uma escuta sensível ao discente, por exemplo (PRADO; REIBNITZ, 2016).

Prado e Reibnitz (2016, p. 102) ao incorporar a PNH na prática da docência em saúde nos convidam a fazer a seguinte reflexão:

(...) será que a proposta pedagógica em que nós, profissionais da saúde, fomos formados nos tornou menos “humanos”? Gostaríamos de incluir os princípios educativos na política mencionada, pois você e eu sabemos que nos dois setores, saúde e educação, os traços de generosidade, humildade, emoção, amorosidade, liberdade, respeito, ética, compreensão, segurança e autonomia parecem estar incipientes.

Nessa ótica, considerando que somos humanos, dotados de uma história de vida e partícipes de uma sociedade, é coerente pensarmos que a forma como nos tornamos docentes é influenciada pelos processos vivenciados ao longo do tempo, inclusive na caminhada enquanto estudantes, por isso que nos mobiliza pensar quais os impactos que essa vivência acadêmica e relacional pode provocar em suas práticas futuras como profissionais de saúde?

A mudança das práticas docentes é um desafio já que o ensino historicamente vem priorizando o intelectual / técnico / científico e deixa a desejar nos aspectos da dimensão relacional (social e afetiva) e

---

<sup>3</sup> Tem a ver com o processo de ação e reflexão realizado pelos homens e as mulheres, que, através de uma consciência crítica/epistemológica promove mudanças e transformações em sua realidade objetiva, logo, práxis é ação-reflexão-ação (FREIRE, 2005a).

atitudinal (ética) dos estudantes. Precisamos colocar em análise como os modos de escuta são engendrados nos processos de formação e perceber a importância de uma prática docente comprometida em vivenciar a integralidade durante a formação, uma atuação comprometida para o cuidado que se deseja construir junto ao futuro profissional do SUS (KOIFMAN; OLIVEIRA; FERNANDEZ, 2007; HECKERT, 2007).

Dessa forma, é coerente pensar que o contato com uma relação pedagógica dialógica, flexível, amorosa, respeitosa e comprometida com a transformação social durante a formação, é um diferencial potencializador de profissionais comprometidos com essa prática em suas relações futuras. Sendo assim, o docente não pode somente reproduzir a transmissão do conhecimento sobre integralidade, mas sim, “tornar a integralidade importante para a consciência epistemológica” (PRADO; REIBNITZ, 2016, p. 28), isso somente acontece quando existe a problematização de uma temática relacionando com a realidade e posteriormente se cria ou recria uma ação transformadora na prática, isso é chamado de “agir consciente” ou a “práxis humana” (PRADO, REIBNITZ, 2016).

Freire e Shor (2000), ao dialogarem sobre o processo pedagógico da graduação referem que é necessário aproximar o contexto acadêmico (conceitos) da realidade de que vêm os discentes. Dessa forma, pensando no ensino da saúde, é importante que o docente problematize o contexto social e como ele é visto pelos discentes, bem como, refletir sobre a concretização dos princípios de um sistema público de saúde conquistado através de lutas sociais. Nesse sentido, Barros e Cesar (2011, p. 196) referem que a potência da formação está na abertura para as intervenções concretas e “cuidado com o mundo que construímos junto com o outro”. Uma formação que busque transformar as práticas em saúde em processos cuidadores, baseados na integralidade.

Freire (2005b) refere que muitos se deixam levar pela tentação tecnicista, estabelecem uma relação vertical e acabam por desconsiderar a cultura, a essência, a totalidade das pessoas. Nesse sentido, podemos refletir sobre a relação pedagógica que não acolhe o saber dos discentes, que não permite uma relação horizontal e construtora de novos saberes.

A agenda da formação, para além de uma organização burocrática na organização dos projetos pedagógicos dos cursos, deveria atentar para o desafio de promover o diálogo entre a realidade social da saúde e a formação, pensar espaços de inserção que possibilitem essa interação entre usuários, profissionais de saúde e demais atores desse cenário (KOIFMAN; OLIVEIRA; FERNANDEZ, 2007).

Nesse mesmo sentido, Campos e Figueiredo (2014, p. 933), referem que “a formação de pessoas para a transformação do trabalho em saúde deve operar concomitantemente os sujeitos e as instituições”, essa transformação ocorre pela reflexão das vivências e interações entre os sujeitos com o mundo, por isso, a proposta é que o docente seja um apoiador nesse processo, não somente como suporte e amparo, mas também como impulso para um movimento, para uma construção coletiva.

Sobre a docência no ensino superior, Rodrigues e Sobrinho (2008) referem três dimensões importantes: a primeira é ter domínio dos conhecimentos de sua área, a segunda é incorporar o conceito do processo ensino-aprendizagem, integrando o cognitivo, o afetivo-emocional e as habilidades, e o terceiro é exercer a dimensão política, implicando-se com sua função ética e comprometida com a sociedade.

Para que efetivamente ocorram mudanças nos processos de trabalho, a partir das vivências realizadas nos processos de ensino-aprendizagem, é preciso associar o processo de educação ao cuidado, onde os usuários dos serviços e o cuidador estabeleçam uma relação de aprendizado mutuo, que vise uma transformação. Dessa forma, os conhecimentos não podem ser transferidos, mas construídos e reconstruídos em conjunto entre educador, aqui compreendido como profissional da saúde, e educando, visto como os usuários dos serviços, buscando identificar e superar as necessidades individuais (FERRAZ, et al., 2005). Sendo assim, acreditamos que os processos pedagógicos precisam estar direcionados ao processo de cuidar e, por conseguinte, possam ser fortalecidos durante a formação para que sejam incorporados pelos futuros profissionais que atuarão no SUS.



## 4 MÉTODO

### 4.1 ABORDAGEM E TIPO DE PESQUISA:

Esta pesquisa configurou-se como um estudo de caso único incorporado, descritivo explicativo, de abordagem qualitativa.

O estudo de caso, segundo Yin (2015, p. 17-18) é

uma investigação empírica que investiga um fenômeno contemporâneo (o “caso”) em profundidade e em seu contexto de mundo real, especialmente quando os limites entre o fenômeno e o contexto puderem não ser claramente evidentes. (...) a investigação do estudo de caso enfrenta a situação tecnicamente diferenciada em que existirão muito mais variáveis de interesse do que pontos de dados.

Dessa forma, o estudo de caso é utilizado quando as condições contextuais são importantes para o fenômeno a ser estudado, é relevante quando o estudo tem o foco em perguntas “como” e “por que”, sendo que tem o desejo de explicar, aprofundar e descrever sobre um fenômeno social complexo. Ainda como resultados, contam com múltiplas fontes de evidência e orienta-se das proposições teóricas para direcionar a coleta e análise dos dados (YIN, 2015).

Para que o estudo de caso seja relevante ao tema e às questões da pesquisa, é preciso definir o caso e a unidade (ou unidades) de análise, que servem para determinar a investigação (YIN, 2015). Sendo assim, considerou-se este estudo de caso do tipo único incorporado, onde o caso estudado (objeto) foi a relação pedagógica na prática docente sob a perspectiva da integralidade na disciplina de Interação Comunitária, ofertada nos Cursos da área da saúde, da Universidade do Extremo Sul Catarinense (UNESC). Foi incorporado visto que teve diferentes unidades de análise, sendo elas os cenários de ensino aprendizagem dos cursos de Biomedicina, Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Nutrição, Odontologia, Medicina e Psicologia.

A escolha por esta disciplina foi devido ela contemplar em seu plano de ensino a discussão sobre o SUS e a temática da integralidade da atenção em saúde como um dos seus princípios, pois, teoricamente, os docentes que estudam e abordam a temática da integralidade são os que apresentam (ou deveriam apresentar) maior possibilidade de

vivenciarem esse princípio na relação pedagógica com o discente, sendo as pessoas consideradas mais aptas para responder aos nossos objetivos.

Para Yin (2015), o estudo de caso único possui cinco fundamentos lógicos: caso decisivo, caso raro, caso representativo, caso revelador, caso longitudinal. O presente estudo, se configura como um caso que tem como base a natureza reveladora, pois o fenômeno não está previamente acessível à investigação científica, ele precisa de uma observação e análise mais aprofundada do fenômeno no contexto em que se insere.

Em relação às estratégias utilizadas os estudos de caso podem ser exploratórios, explicativos ou descritivos. No caso deste estudo, considerando a questão que investigamos, ele mostrou-se descritivo-explicativo, pois buscou descrever como os processos se apresentaram no contexto estudado e analisar e entender as características do fenômeno (YIN, 2015).

A abordagem qualitativa foi escolhida, pois permite entender a pergunta de pesquisa de forma mais adequada, visto que tivemos o propósito de aprofundar com qualidade alguns aspectos sociais que não são mensuráveis, mais especificamente subjetivos da realidade investigada. Mais importante do que o número de sujeitos incluídos na pesquisa, é o caráter ampliado, de olhar o objeto sob todos os pontos de vista possíveis, percebendo todas as suas dimensões, valorizando as formas de viver, pensar e sentir expressados através da história, das crenças e percepções dos participantes (MINAYO, 2010).

## 4.2 LOCAL DE ESTUDO E PARTICIPANTES DA PESQUISA

O estudo foi desenvolvido na Universidade do Extremo Sul Catarinense (UNESC), junto a disciplina denominada “Interação Comunitária”. A UNESC é uma universidade comunitária que atua através do ensino, pesquisa e extensão em diversos níveis de conhecimento e está localizada na cidade de Criciúma, ao sul do Estado de Santa Catarina (SC). Na área da saúde possui oito cursos de Graduação e dois Programas de Pós-Graduação *Stricto Sensu*: Mestrado e Doutorado em Ciências da Saúde e Mestrado Profissional em Saúde Coletiva.

A disciplina de Interação Comunitária está presente em todos os cursos de graduação da área da saúde<sup>4</sup>, sendo eles: Biomedicina,

---

<sup>4</sup> Considerando o Projeto Pedagógico dos Cursos de Graduação, os cursos de Psicologia e Nutrição não possuem a denominação de “Interação Comunitária”

Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Medicina, Nutrição, Odontologia e Psicologia. A disciplina ocorre nos cursos na 1ª fase da graduação, exceto no curso de farmácia que é desenvolvida junto aos acadêmicos da 2ª fase. Possui um plano de ensino único, planejado conjuntamente e que possibilita a interação e integração entre os cursos em alguns momentos, apresentando uma proposta interessante e inovadora de currículo junto aos cursos da saúde da UNESC.

Para que pudéssemos ter uma visão mais completa do objeto de estudo, optamos por selecionar momentos da disciplina que contemplassem a atuação do docente em abordagem teórica e de articulação teoria e prática relacionada às atividades de campo propostas, bem como, momentos de atividades integradas e reuniões de planejamento da disciplina.

Quanto aos participantes, em pesquisas qualitativas um número ideal é o “que reflete a totalidade das múltiplas dimensões do objeto de estudo” (MINAYO, 2010, p.197), portanto, não nos preocupamos com a quantidade de participantes, mas sim, em contemplar os principais informantes que possibilitaram revelar sobre o objeto de estudo.

Diante disso, foram convidados a participar da pesquisa os 10 docentes responsáveis pela disciplina de Interação Comunitária dos cursos da saúde, sendo que todos aceitaram participar da mesma. Contudo, durante a coleta de dados, um dos sujeitos foi excluído do estudo devido a não ter permanecido na disciplina até o final das duas etapas de coleta de dados (observação e entrevista), conforme os critérios de exclusão da pesquisa. Mesmo com a substituições e inclusão de novos docentes na disciplina, o trabalho de campo não ficou comprometido, pois os docentes concordaram em participar da pesquisa e tivemos tempo para coletar dados nos dois momentos previstos junto aos participantes. Ao todo tivemos a participação dos 9 docentes que, no momento da coleta, estavam ministrando atividades teóricas e práticas na disciplina.

#### • Critérios de inclusão

- Docentes que ministram a disciplina de Interação Comunitária nos cursos da saúde da UNESC, e estão docentes na instituição há pelo menos um semestre, nos cursos de biomedicina, enfermagem, farmácia, fisioterapia, nutrição, odontologia, medicina, psicologia.

---

na disciplina, mas, Estágio Básico I e Nutrição Saúde e Comunidade, respectivamente.

- Docentes que ministram momentos teóricos e de vivência teórico-prática juntos aos discentes.

- **Critérios de exclusão**

- Docentes que estão afastados da instituição no período de coleta dos dados.
- Docentes desligados da instituição ou da disciplina antes de completar os dois momentos da coleta de dados (observação e entrevista).

#### 4.3 PROCEDIMENTOS E TÉCNICAS DE COLETA DOS DADOS

Para Yin (2015, p. 26-27) “o poder diferenciador do estudo de caso é sua capacidade de lidar com uma ampla variedade de evidências - documentos, artefatos, entrevistas e observações”, diante disso, esse estudo utilizou três formas de coleta de dados com respectivos instrumentos em apêndice: a análise de documentos - Plano de Ensino da disciplina - (Anexo 1), a observação participante nos cenários de ensino aprendizagem (Apêndice 1) e a entrevista semiestruturada (Apêndice 2) com os participantes, técnicas que permitiram a realização da triangulação dos dados.

Yin (2015, p. 112) refere que “para os estudos de caso, o uso mais importante de documentos é corroborar e valorizar as evidências oriundas de outras fontes”. Ainda, são úteis para verificar a grafia correta e os cargos ou nomes de organizações que possam ter sido mencionadas na entrevista. Pode-se também fazer inferências a partir de documentos, no entanto, deve-se tratar as inferências somente como indícios que valem a pena serem investigados mais a fundo, em vez de serem tratadas como constatações definitivas.

Destacamos que “as evidências observacionais são, em geral, úteis para fornecer informações adicionais sobre o tópico que está sendo estudado” (YIN, 2015, p. 120). Dessa forma, realizamos observações descritivas nos cenários de ensino aprendizagem através de um roteiro com tópicos relacionados a temática do objeto de estudo e elementos importantes à realidade empírica (MINAYO, 2010). Foram observados momentos teóricos e de discussões teórico-práticas realizados em sala de aula e demais cenários de aprendizagem, momentos integrados da disciplina e também as reuniões de planejamento da mesma. Os registros das observações seguiram um guia específico (Apêndice 1), a partir do qual realizamos dois tipos de notas: notas descritivas e notas analíticas.

Para Minayo (2010), a entrevista semiestruturada possui um roteiro (Apêndice 2) que permite diversas narrativas em relação ao objeto de estudo, possibilitando que o entrevistado discorra sobre sua visão e demais características que julgar importante. As perguntas foram no intuito de mobilizar o diálogo entre pesquisador e participante, ultrapassando respostas fechadas e dicotômicas. Ainda, sobre essa fonte de evidência, Yin (2015) diz que ao longo da entrevista é preciso seguir a linha de investigação, buscando atender sua necessidade através de questões reais de uma forma não tendenciosa. As entrevistas foram realizadas de forma individual com os participantes, em local reservado, conforme a sua disponibilidade de horário.

- **Convite e sensibilização**

No mês de março de 2017 realizamos uma reunião com a Diretora e com a Coordenadora de ensino da até então estruturada Unidade Acadêmica da Saúde (UNASAU), com o propósito de conhecer melhor a disposição de disciplinas que enfatizam o tema da integralidade da atenção em saúde nos cursos e contextualizar a pesquisa e seus objetivos.

Esse momento permitiu definirmos o método da pesquisa e oficializar através da expedição da Carta de Aceite da Instituição (Anexo 02) a autorização para realização do estudo na instituição. A Carta de aceite foi anexada ao projeto e encaminhada junto com os demais documentos ao Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da UNESC.

Após o aceite da Instituição e aprovação do projeto pela banca examinadora e Comitê de Ética em Pesquisa, a pesquisadora entrou em contato por telefone e pessoalmente com os docentes da disciplina para apresentação dos objetivos da pesquisa e método a ser utilizado, bem como, a combinação para as demais etapas da pesquisa.

- **Tempo de duração da coleta dos dados e local**

A coleta de dados ocorreu de junho a setembro de 2017 e foi organizada conforme a disponibilidade dos participantes da pesquisa. Dessa forma, as entrevistas e observações respeitaram dias e horários mais favoráveis para os participantes e também foram realizadas com combinação prévia.

Inicialmente foi realizada a observação participante (*in loco*) dos processos de ensino aprendizagem em que o professor participante da pesquisa atuou. Estas ocorreram em sala de aula e demais cenários de aprendizagem como a visita para reconhecimento do território e demais momentos integrados da disciplina em que o docente participou, por exemplo, as reuniões da disciplina. O total de horas de observação foi de 69, sendo que tempo específico de observação variou conforme o tipo de atividade observada e o local.

Após a conclusão da observação dos diferentes momentos com cada participante, agendamos as entrevistas buscando adequar o melhor dia da semana, horário e local para realização. O tempo de duração de cada entrevista semiestruturada, foi de aproximadamente 45 minutos.

- **Registro dos dados e material de apoio**

Os dados coletados por meio das observações foram registrados em diário de campo, buscando seguir o guia de observação (Apêndice 1). As entrevistas foram gravadas e transcritas na íntegra. O manuseio do equipamento de áudio foi realizado de forma discreta, de modo a não interferir no andamento da entrevista.

Foram realizadas a editoração das notas de observação e após a transcrição das entrevistas, elas foram enviadas aos participantes por e-mail para que fizessem uma leitura e validassem o material para análise. Após essa validação, os dados foram inseridos e organizados no *software* para análise de dados qualitativos Atlas.ti, versão 8 (ATLAS Ti, 2017).

#### 4.4 ANÁLISE DOS DADOS

A análise dos dados coletados foi organizada a partir da Análise temática, que é uma modalidade de Análise de Conteúdo proposta por Minayo (2010) e consiste em descobrir os “núcleos de sentido que compõem uma comunicação, cuja presença ou frequência signifiquem alguma coisa para o objeto analítico analisado” (MINAYO, 2010, p. 316).

Este tipo de análise propõe várias modalidades técnicas, sendo que todas buscam compreender os conteúdos manifestos, ocultos, e suas significações, ultrapassar o olhar imediato das aparências, e estudar o problema a partir da própria expressão dos indivíduos (MINAYO, 2010).

A sistemática para análise dos dados por meio da técnica de análise temática de conteúdo inclui, segundo Minayo (2010):

1<sup>a</sup>) *Pré-análise*: estruturada em dois momentos, o primeiro ocorre a partir da *leitura flutuante* do conjunto das comunicações coletadas e transcritas por meio das entrevistas e observações participantes. O segundo momento é expresso pela *constituição do corpus*, representada pela seleção e organização dos dados de forma a responder algumas normas de validade, como a exaustividade, a representatividade, a homogeneidade e a pertinência. Nesse momento, foi necessário ter um contato exaustivo com o material, bem como organizar as informações coletadas, excluindo os vícios de linguagem, bem como reler os dados coletados de modo a se impregnar por seu conteúdo.

2<sup>a</sup>) *Exploração do material*: esta etapa consiste essencialmente na operação de codificação, que, por meio dos dados brutos, buscamos o núcleo da compreensão do texto. Esta fase iniciou pela inserção de todos o material revisado e organizado no Software Atlas Ti, versão 8. Na sequência, por meio do software realizamos o recorte do texto em unidades de registro, expresso através das falas dos participantes [quotations]. Essas frases [quotations] estruturaram os códigos [codes], os quais passaram por um refinamento, a fim de agrupá-los em subcategorias, das quais emergiram as categorias apresentadas nos resultados; ou seja, realizamos a classificação e a agregação dos dados, definido as categorias que auxiliaram na especificação dos temas, desta forma, reunimos os códigos em subcategorias e posteriormente determinamos as grandes categorias (Minayo, 2010).

Os resultados estão expressos em 3 grandes categorias temáticas e suas respectivas subcategorias conforme demonstrado na figura 1, definida pelo software Atlas Ti.

Figura 1 - Categorias Temáticas e subcategorias que emergiram no processo de análise qualitativa dos dados:



Fonte: Banco de dados da pesquisa (2017).



3ª) *Tratamento dos resultados obtidos e interpretação*: neste momento, os dados foram submetidos a um estudo orientado pelo referencial teórico-metodológico, possibilitando a expressão de concepções relacionadas às categorias que emergiram dos dados, buscando elucidar os aspectos mais latentes, tornando-os mais visíveis. A partir do referencial qualitativo, “a presença de determinados temas denota os valores de referência e os modelos de comportamento presentes no discurso” (MINAYO, 2010, p. 316). Os dados analisados foram discutidos à luz do arcabouço teórico do educador e cientista social Paulo Freire, bem como considerando os princípios da integralidade na relação pedagógica no ensino superior na saúde. Também foram incorporados na discussão demais estudos com essa linha teórica.

#### 4.5 ASPECTOS ÉTICOS

O estudo respeitou todas as diretrizes legislativas vigentes que tangem sobre os aspectos éticos em pesquisa que envolvam seres humanos, seguindo os ditames das Resoluções do Conselho Nacional de Saúde (CNS) nºs 466/2012 e 510/2016.

Antes de iniciar o trabalho de campo, o projeto foi aprovado no Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da UNESC, sob parecer n. 2.084.009. As pessoas que aceitarem participar do estudo assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice 03), composto por duas vias, sendo que uma via ficou com o pesquisador e a outra com o participante.

As entrevistas foram gravadas, transcritas na íntegra e apresentadas aos participantes para que pudessem validar suas falas a partir da realização da análise, correções e/ou acréscimos.

Os participantes foram esclarecidos dos riscos e benefícios em participar da pesquisa, sendo que ficou explicitado que os riscos seriam mínimos, visto que os participantes responderam a uma entrevista individual e foram observados em suas ações cotidianas nos cenários de ensino aprendizagem. Para a entrevista, foi garantido um local reservado, de modo que outras pessoas não puderam ouvir, sendo que o participante pôde sentir-se à vontade para desistir a qualquer momento da entrevista ou de participar da pesquisa. A fim de amenizar o risco da perda de confiabilidade dos dados, a pesquisadora comprometeu-se em manter a privacidade da identidade dos participantes, bem como não identificar o curso em que atua, ainda ficou garantido que os dados serão utilizados somente para fins da pesquisa.

Assim, para garantir o sigilo das identidades, foi solicitado que cada participante escolhesse um codinome (nome fictício) pelo qual foi tratado na pesquisa. Dessa forma, os dados da pesquisa são identificados da seguinte maneira: “E/codinome” quando se refere as entrevistas, “O/codinome” quando se refere a informações retiradas de observações individuais, e, “O/coletivo” quando foram momentos de observações de integração das disciplinas ou reuniões. Fica garantido que as gravações, transcrições e os documentos (os dados brutos) ficarão de posse da pesquisadora num prazo de cinco anos em computador com senha pessoal de acesso.

Sobre os benefícios ao aceitar fazer parte da pesquisa, os participantes tomaram ciência de que colaboraram para uma análise sobre como ocorre a incorporação da integralidade na relação pedagógica na atuação docente, tema que certamente mobilizou nos participantes momentos de reflexão dos processos de ensino e aprendizagem, e como de fato se estabelece a relação pedagógica quando falamos em integralidade.

Quanto a conflito de interesses é importante citar que a pesquisadora proponente deste projeto não trabalha no local de estudo, portanto, assumiu exclusivamente a posição de investigadora, sem conflito importante a ser considerado.

Após o término da pesquisa, a pesquisadora se comprometeu em convidar os participantes, os coordenadores dos cursos da área da saúde e pró-reitora de graduação, para a defesa pública da dissertação, de modo a acompanharem formalmente a devolutiva do estudo. Sendo que, após a aprovação da mesma, por uma banca avaliadora, o trabalho será disponibilizado para os participantes no formato PDF, bem como será disponibilizado em arquivo PDF cópias do trabalho revisado.

Posteriormente ocorrerá a publicização dos resultados para a comunidade científica, submetendo o trabalho em eventos nacionais e internacionais relacionados à temática, bem como a publicação de artigo/s em periódicos científicos.

## 5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Iniciaremos a apresentação dos resultados pela caracterização dos docentes participantes do estudo quanto a: sexo, idade, formação (graduação e pós-graduação), tempo que atua como docente ao todo e, especificamente, na instituição pesquisada.

Na sequência apresentaremos as três grandes categorias que emergiram da análise temática dos dados: Temática 1 - Ações mobilizadoras de integralidade na prática pedagógica; Temática 2 - Integralidade na relação pedagógica; Temática 3 - Desafios e dificuldades em aplicar a integralidade na relação pedagógica.

### 5.1 CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES

Os participantes da pesquisa foram nove (9) docentes, sendo seis (6) homens e três (3) mulheres com idades entre 28 e 54 anos. Em relação à formação em nível de graduação contemplam as seguintes áreas: enfermagem (2), psicologia (2), farmácia (2), nutrição (1), odontologia (2).

Quanto a formação *Lato Sensu*, oito (8) docentes são pós graduados em áreas diversas como: gestão em saúde, didática e metodologia do ensino superior, formação de facilitadores em educação em saúde, endodontia, saúde do trabalhador, auditoria, gerenciamento de serviços de saúde, prótese dentária, gestão da clínica nas regiões de saúde, indústria, gestão de cosméticos, saúde comunitária/coletiva, três (3) possuem residência multiprofissional em atenção básica/saúde da família.

Em relação a formação *Stricto Sensu* quatro (4) docentes possuem mestrado concluído nas áreas de enfermagem, saúde coletiva, ciências saúde e psicologia clínica. Cinco (5) estão com mestrado em andamento, quatro (4) em Saúde Coletiva e um (1) em prótese dentária. Um (1) dentre os participantes possui Doutorado em Enfermagem.

Sobre o tempo de docência, dois (2) docentes têm até 2 anos na função, cinco (5) estão de 2 a 5 anos na função docente, um (1) está há 15 anos e outro há 22 anos na docência.

Quanto ao tempo de docência na Instituição pesquisada, três (3) docentes estão a menos de 2 anos na função, quatro (4) no período de 2 a 5 anos e dois (2) no período de 10 a 15 anos.

A seguir descreveremos as categorias temáticas e subcategorias que emergiram da análise dos dados coletados por meio das entrevistas e observações participantes.

## 5.2 TEMÁTICA 1: AÇÕES MOBILIZADORAS DE INTEGRALIDADE NA PRÁTICA PEDAGÓGICA

Essa categoria se constituiu a partir da estruturação de 4 subcategorias a seguir descritas.

### **Subcategoria 1.1:** Dispositivos potencializadores da integralidade nos espaços de aprendizagem

Considerando os dispositivos que podem potencializar a prática pedagógica baseada na integralidade em sala de aula, seis (6) docentes destacaram o contato com a prática profissional. Nesse sentido, suas falas expressam a importância dos estudantes estarem visualizando situações práticas na saúde, ou através dos relatos e da vivência do docente e/ou convidado, ou através do contato direto com os cenários do SUS e também em disciplinas que possibilitem a interação com outras áreas do saber, para que possam perceber e vivenciar a integralidade em saúde sob vários olhares e construções. Conforme pode ser constatado nos depoimentos e observações a seguir:

Essa prática em que a gente vai até uma comunidade, reconhece essa comunidade e volta pra sala de aula pra refletir sobre isso, eu acho que potencializa a visualização sobre como que eu visualizo essa prática de forma integral e como eles vivenciaram e como eles visualizaram pra que possamos discutir em sala de aula, então são alguns dispositivos que podemos estar trabalhando na relação pedagógica e propondo para os estudantes, pra que eles consigam visualizar um pouco mais a questão da integralidade (E/Joana).

O tornar prático as coisas, tornar elas visíveis, eu não sei se porque para eu entender alguma coisa eu tenho que pensar e tenho que visualizar ela acontecendo, então por isso que eu acho que o que tu consegues fazer na prática, colocar em prática, nessas ações elas tem um potencial muito maior do que quando elas são teóricas (E/Ana).

Aula integrada entre dois cursos, docentes combinam de unirem as turmas para reflexão conjunta dos questionários a serem aplicados

posteriormente na comunidade em que visitaram. O ambiente foi organizado de modo que os grupos tivessem estudantes dos dois cursos para que houvesse a integração das turmas (O/coletivo).

Eu considero importante para a vivência deles, para eles terem essa visão de integralidade é fugir um pouco do trabalho isolado em sala de aula, eles irem para a comunidade, eles interagirem com outros cursos (E/João).

Em especial a disciplina da interação comunitária, que é uma disciplina que faz essa relação com o território, enfim, essa questão de proximidade com a população, de escutar(...) então eu acho que a disciplina oportuniza essa relação, o fato de estar próximo da comunidade, e também porque são oito profissões que tentam estabelecer relações, relações essas que estão cada vez mais sendo aperfeiçoadas, que não estão ainda como se deseja, mas estão caminhando para relações mais harmônicas, mais profícuas, mais integrais (E/Jesus).

Diante dos depoimentos, percebemos que a grande maioria dos docentes concorda que o contato, a visualização e a reflexão sobre as práticas em saúde são importantes para o processo de aprendizagem e apreensão do conceito de integralidade em saúde, inclusive em momentos coletivos junto a outras profissões.

A promoção dessas vivências junto ao SUS está sendo realizada conforme as Diretrizes Curriculares dos Cursos da área da saúde, implementadas em 2001, que passa a determinar que a formação tenha um compromisso com a construção do SUS e que contemple as necessidades do Sistema. Uma das mudanças específicas na formação, dentre outras, é de contemplar em suas diretrizes curriculares o perfil epidemiológico e demográfico das várias regiões, bem como, o trabalho interdisciplinar e multiprofissional como uma prerrogativa para essa construção (CECCIM; FEUERWERKER, 2004b).

Dessa forma, as instituições formadoras precisam proporcionar aos estudantes, o contato com o sistema de saúde, de modo que possam vivenciar e participar da construção de novos projetos direcionados para a integralidade em saúde.

Nesse sentido, consideramos que a disciplina denominada “Interação Comunitária”, é uma proposta inovadora da instituição

pesquisada (UNESC), sendo uma disciplina comum aos oito cursos da saúde e tem o objetivo de:

Sensibilizar para a importância da relação entre o processo de saúde/doença com meio ambiente, cultura, renda e condições sociais. Conscientizar o acadêmico da sua formação e correlacionar a integração da saúde com a vivência prática, visando o atendimento em nível primário, secundário e terciário de saúde e, conhecer as políticas nacionais de saúde, assim como entender a importância dos indicadores em saúde para a efetivação dos programas do SUS.

A disciplina tem a proposta de discutir sobre a saúde e seus determinantes sociais. O cronograma é planejado conjuntamente e seguido por todos os cursos da área da saúde. As atividades teóricas são ministradas de modo separado em cada curso, enquanto que as teórico-práticas, que se configuram como: visita ao território, construção e discussão dos indicadores e o planejamento da ação na comunidade ao final do semestre, são realizadas coletivamente. Em alguns momentos teóricos os docentes reúnem as turmas para que os estudantes possam interagir e discutir sobre os determinantes de saúde do território como um todo e não especificamente para a sua área de conhecimento.

A disciplina é grande potencial para mobilizar a formação na lógica da integralidade, no sentido de contribuir para a formação dos profissionais da saúde com um olhar ampliado, tanto relacionado ao conceito de saúde, quanto ao trabalho em equipe multiprofissional. Isso possibilita a construção de uma prática profissional voltada para a integralidade em saúde.

Iniciativas integradas como esta, sinalizam a possibilidade de “produzir com aqueles que estão em processo de formação uma política de invenção, onde se mantém vivo o aprender a aprender, de tal modo que o saber transmitido não se separe das repetidas problematizações” (BARROS, 2011, p. 140).

Freire (2005b) refere que é urgente a necessidade de uma consciência crítica, para que possamos transformar a realidade através de atitudes criadoras. Sendo assim, o contato com o sistema de saúde, suas dificuldades e potencialidades durante a formação, pode instigar atitudes inovadoras no sentido de transformar as práticas futuramente.

Quanto aos dispositivos potencializadores da integralidade, dois (2) docentes expressaram a importância da preparação e postura docente, tanto relacionado a conhecimentos da disciplina a qual ministra, quanto a educação permanente junto aos estudantes, conforme expresso dos depoimentos a seguir:

(...) o aspecto teórico precisamos continuar estudando para poder estar realmente a altura e fazer o nosso serviço bem feito (E/Caterine).

Educação permanente e educação continuada. Eu acho que fazemos muito educação continuada é a base, uma graduação, mas eu acho que tem que possibilitar eles abrirem a mente para que não é só isso, de modo que pensem um pouco na lógica da educação permanente (E/Maria).

O que fica explícito é que, estudar e ter competência profissional é algo importante para que o docente possa desempenhar a sua função com qualidade. “O professor que não leve a sério sua formação, que não estude, que não se esforce para estar à altura de sua tarefa não tem força moral para coordenar as atividades de sua classe” (FREIRE, 2016, p. 89-90). Portanto, é preciso ter comprometimento com o conhecimento, no sentido de assumir o papel de que as atividades e reflexões promovam a construção crítica do estudante.

No segundo depoimento, a docente refere que seria interessante mostrar aos estudantes a importância da educação permanente em saúde, como uma prática baseada na problematização que possa discutir sobre a prática em saúde.

Dois (2) docentes trouxeram princípios como respeito, confiança e vínculo como dispositivos que favorecem a construção da integralidade na relação pedagógica, pois possibilita que docente e estudante tenham uma relação mais próxima e possam deixar o ambiente favorável para o esclarecimento de dúvidas e construções coletivas:

Respeito é um dos princípios de ambos os lados, não apenas eu achando que eles têm que me respeitar, mas eu também tenho que respeitá-los (E/Anju).

Porque se eles sentem que podem contar contigo, se eles estabelecem um tipo de vínculo, até o desejo deles para a disciplina eu acho que muda (E/Caterine).

Outros dois (2) docentes trouxeram também a questão do diálogo aberto e da forma como se permite essa relação de escuta e troca de saberes, incluindo a possibilidade de discussão de assuntos da atualidade que são importantes para a discussão e construção profissional, conforme seguem as falas:

[...] potencializar esses espaços de diálogo, eu noto que essa dificuldade que os acadêmicos tem de participar é por uma dificuldade de ser ouvido, que geralmente eles são convidados a participar quando é para dar uma resposta mas tem que acertar, não é algo pensando em construir juntos ou de refletir essa resposta, então eu noto que tem um medo de se posicionar quando eu faço uma pergunta, as pessoas tem medo de dar uma resposta por que de alguma forma elas estão esperando que eu diga se aquilo está certo ou errado (E/Isabel).

[...] em questões da própria sala de aula que discutimos e que a dialogamos sobre os mais variados assuntos, não necessariamente somente o SUS, mas dos os outros assuntos, pode estar presente muitas vezes até na forma como tratamos o aluno para um questionamento, as vezes eles questionam algumas coisas e, por ter um entendimento diferente já se cria uma outra situação, mas precisamos trabalhar a integralidade até nesses outros pontos (E/Joana).

Percebemos que os docentes consideram o vínculo, a confiança, o respeito e o diálogo aberto como princípios potencializadores de uma prática pedagógica comprometida com o aprendizado do estudante.

Acreditamos que desenvolver uma prática dialógica exige que todos esses princípios estejam presentes. Pois, segundo Freire (2005b) a mesma se constitui em uma relação horizontal entre docente e estudante, que se nutre por outros sentimentos como amor, confiança, humanidade, sendo que quando esses dois pólos se articulam “se fazem críticos na procura de algo e se produz uma relação de empatia entre ambos” (FREIRE, 2005b, p. 68). Portanto, o diálogo precisa estar associado a esses outros componentes para que de fato, haja uma comunicação que, por conseguinte, vai permitir uma relação aberta e propícia para que



todos se sintam à vontade para se expressarem, sem que tenham medo de serem julgados.

Ainda sobre o diálogo, Freire e Shor (2000) apontam para a importância de ouvir a descrição dos estudantes sobre determinados assuntos a serem abordados, para que possamos partir de suas vivências, do concreto, para que posteriormente se possa chegar a uma compreensão aprofundada e rigorosa da realidade, ainda referem que “o rigor científico vem de um esforço para superar uma compreensão ingênua do mundo” (FREIRE; SHOR, 2000, p. 131).

Dessa forma, entendemos que a prática dialógica busca romper com a prática autoritária, de transferência mecânica de conteúdos que não possibilita o protagonismo do estudante, pois ele precisa memorizar os conteúdos e reproduzi-los. Conforme percebemos, os estudantes têm um estranhamento quando são instigados a participarem, a dialogarem em sala de aula.

Promover uma relação horizontal, onde os docentes e estudantes podem refletir juntos sobre assuntos diversos, onde a prática educativa é libertadora, torna-se essencial para a construção da integralidade na relação pedagógica. Uma relação onde ambos se escutam, constroem e reconstróem, que desperta o interesse e a curiosidade no estudante para que possa protagonizar essa construção do conhecimento.

**Subcategoria 1.2:** Metodologias diferenciadas mobilizam estudantes a serem mais ativos no processo de aprendizado

A utilização de metodologias ativas foi identificada como uma ação potencializadora de integralidade, pois possibilita diálogo e reflexão e o protagonismo do estudante em relação ao seu aprendizado. Todos os docentes referem algum conhecimento sobre essas metodologias. Conforme as falas e observações, fica visível que seis (6) docentes tentam estabelecer uma linha mais dialógica em suas práticas pedagógicas e reconhecem que é preciso potencializar a participação dos estudantes.

Seguem as falas que representam essa análise:

Eu tento trazer mais metodologias ativas (...) eu tento trazer muito o trabalho em grupo, a construção coletiva em sala de aula, tento trazer um pouco da espiral construtivista, não consigo fazer exatamente como eu gostaria, mas fazemos construções e a ideia é construir uma linha onde

eles possam participar dessa construção (E/Isabel).

Eu tento utilizar um método ativo de aprendizagem, não na totalidade das aulas, mas eu sempre procuro estar fazendo algo que coloque o estudante no centro do processo de aprendizagem e tire um pouco o foco do professor como detentor do saber (...) temos toda essa discussão do processo ensino/aprendizagem, dessa questão vertical, as vezes condicionante, opressora. Enfim, mas quanto aos métodos que eu utilizo em sala, eles oscilam, perpassam por uma aula mais expositiva, mas eu procuro sempre mesclar com ações diferenciadas, no sentido de uma construção coletiva, de um determinado tema, uma construção em grupos de um determinado assunto ou damos um objetivo para eles similar a aprendizagem baseada em problemas, então eles tem que cumprir esse objetivo no decorrer da aula e as vezes faço ações com utilização dos celulares também e materialização em cartolinas (E/Jesus).

Seguem as observações que expressam essa subcategoria:

Os estudantes foram divididos em 5 grupos, foi entregue uma parte do texto para cada grupo, primeiro realizaram a leitura individual, posteriormente discutiram em seu grupo. Foi entregue um papel colorido para cada aluno para anotarem as ideias principais. Posteriormente trocavam de grupo para que pudessem socializar e trocar ideias sobre o texto. Finalmente os estudantes se reuniram com o grupo de sua cor e fizeram um desenho que traduziu o entendimento deles em relação ao texto. Ao final docente faz o fechamento da atividade com todos os desenhos e uma fala rápida em função do tempo, estudantes relatam que gostaram da atividade (O/Isabel).

O docente divide a turma em 3 grupos, numera cada um e pede para se reunirem. Entrega papéis coloridos e pede que escrevam o nome, naturalidade, por que escolheu o curso e o entendimento de saúde para si. Após falarem suas respostas, o docente faz uma reflexão sobre a proposta da dinâmica, que permitiu que pudessem

interagir com os colegas que ainda não conhecem, deu o exemplo que nem sempre iremos trabalhar somente com as pessoas que temos empatia, na maioria das vezes não conhecemos as pessoas, além de exercerem o processo de escuta aos demais, a reflexão sobre as perguntas e conhecer mais sobre o outro (O/Jesus).

As duas situações relatadas acima foram momentos de interação entre os grupos que proporcionaram uma troca de saberes. No primeiro caso, a interação aconteceu relacionando um conhecimento específico, mas que na interação o estudante tinha que levar para o outro grupo o entendimento que ele teve a partir da leitura, proporcionando uma apreensão do conteúdo de uma forma dinâmica e ativa. No segundo caso, os estudantes puderam se conhecer melhor e conversar sobre as suas percepções de saúde. Nas duas situações houve a fala do docente ao final da aula, sobre o objetivo da atividade e suas considerações em relação aos movimentos da turma.

No método ativo de aprendizagem o professor é o facilitador do processo, sendo que o estudante é o protagonista, ele que vai construindo o conhecimento a partir de suas vivências e por meio dos conteúdos significativos propostos e motivados pelo docente. A Aprendizagem Baseada em Problemas (ABP) e a problematização são exemplos de metodologias ativas, que buscam romper com o modelo tradicional de ensino, sendo importante serem estudados pelos docentes e, principalmente, incorporados em sua prática de trabalho (REIBNITZ; PRADO, 2006; XAVIER et al., 2014).

Contudo, é imprescindível compreendermos as metodologias como um meio para que o docente consiga atingir seu objetivo maior que é o despertar da consciência crítica e libertadora do educando, portanto, ela não pode ser um fim em si mesma. Sendo assim, de nada adianta o docente promover rodas de conversa se a construção não é coletiva e o conhecimento segue sendo vertical. Assim como, ele pode priorizar o diálogo e a participação dos estudantes em uma aula expositiva, pois “a dialogicidade não nega a validade de momentos explicativos, narrativos, em que o professor expõe ou fala do objeto” (FREIRE, 2016, p. 83).

É necessário compreender que tais metodologias são fruto de uma prática docente que acredita no potencial do estudante e tem uma relação baseada na horizontalidade e no diálogo. Isso fica explícito nos depoimentos de alguns docentes, que por acreditarem na construção

coletiva do conhecimento e de uma recusa ao modelo tradicional buscam utilizar metodologias mais ativas, entendendo que elas possibilitam o protagonismo do estudante.

Nesse sentido, a transformação precisa acontecer na forma com que as relações são estabelecidas no espaço pedagógico e qual sua intencionalidade. Isso é o que vai permitir a mudança ou renovação efetiva nas práticas pedagógicas, sendo que a utilização dos métodos e técnicas são meios para uma educação libertadora (FREIRE; SHOR, 2000).

### **Subcategoria 1.3: Satisfação em estar na docência**

Dois (2) docentes relacionaram diretamente a questão de estar bem e satisfeito com seu trabalho, com o fato de construir uma relação pedagógica mais acolhedora, um ambiente mais propício para a troca de conhecimentos, conforme expressam os depoimentos a seguir:

(...) fazendo esse momento único um momento satisfatório, é um momento que vai te oportunizar o estabelecimento de relações pedagógicas e práticas diferenciadas, motivadoras enfim, é diferente, se tu estás satisfeito com aquilo que tu estas realizando (E/Jesus).

(...) os próprios estudantes eles nos incentivam muito a estudar porque, ver a satisfação deles para mim é o principal, quando eles saem satisfeitos é quando eu também me sinto satisfeita (E/Joana).

Também percebemos indiretamente nas falas dos docentes, que eles buscam essa satisfação em suas relações com os estudantes.

### **Subcategoria 1.4: Movimentos na Instituição de ensino que estimulam a qualificação docente**

Todos os docentes participantes da pesquisa relataram que a educação continuada promovida pela Instituição durante o período do recesso das aulas é um aspecto positivo, possibilitando aprendizado em relação a metodologias diferenciadas para a prática docente, onde o estudante possa ser protagonista do aprendizado.

Dois (2) docentes identificam também como importante para a prática pedagógica na lógica da integralidade, o trabalho em colegiado e

a coordenação do curso, como forma de apoio, fortalecimento e respaldo. Constatamos o analisado nos depoimentos abaixo:

Na instituição temos algumas formações continuadas com alguns cursos como esse de construir avaliações próximas do ENADE, também teve de metodologias ativas para melhorarmos as metodologias e nos atualizarmos nesse sentido (E/Carla).

Eu penso que o próprio trabalhar em colegiado nos faz docentes melhores, trabalhar com outros professores (...) e quanto à coordenação do curso, o quanto ela nos apoia na docência (E/Joana).

Entendemos que as subcategorias 1.3 e 1.4 estão relacionadas a satisfação do docente em sua profissão também depende das iniciativas desenvolvidas pela instituição. Percebemos um desejo de que a prática docente continue sendo algo prazeroso e significativo, tanto para o docente, quanto para os estudantes. O docente demonstra um empenho para que sejam momentos satisfatórios e que causem efeitos positivos.

No intuito de contribuir para a qualificação os docentes referem que a universidade pesquisada promove capacitações contínuas, que estão mais relacionadas aos tipos de metodologias didático-pedagógicas e de avaliação a serem utilizadas na prática docente. Conforme relatado, certamente o acompanhamento do colegiado e das coordenações dos cursos também influenciam para que os docentes mesmos possam desempenhar com mais satisfação a sua função pedagógica.

No sentido de tornar a prática pedagógica satisfatória para os atores envolvidos no processo, Freire (2016) considera importante ser uma prática educativa comprometida e desenvolvida com alegria e esperança. Pois, é preciso acreditar que juntos, docente e estudante, podem promover a produção de novos conhecimentos e a transformação da realidade.

Freire (2016) nos convida a refletirmos como podemos investir em uma formação com vistas à integralidade se o docente não estiver mobilizado e esperançoso de que isso é possível? “A mudança do mundo implica a dialetização entre a denúncia da situação desumanizante e o anúncio de sua superação, no fundo, o nosso sonho” (FREIRE, 2016, p. 77).

Acreditamos que a mudança na formação precisa dessa satisfação, alegria e esperança dos docentes, respaldados pela instituição, onde possam desenvolver sua prática pedagógica com esse

desejo de promover momentos de encontros dialógicos e estimuladores de sonhos.

### 5.3 TEMÁTICA 2: INTEGRALIDADE NA RELAÇÃO PEDAGÓGICA

Essa categoria foi estruturada a partir da composição de 6 subcategorias descritas a seguir:

#### **Subcategoria 2.1:** Identificação da integralidade na relação pedagógica

Percebemos que sete (7) docentes conseguem identificar a integralidade na relação pedagógica como intrínseca à docência e expressa em componentes como: diálogo, empatia, justiça social, equidade, respeito, humildade, escuta qualificada e entender o estudante como ativo e autônomo no processo. Também trouxeram a compreensão das diversidades de opiniões e do tempo histórico dos estudantes como itens essenciais, conforme expresso nas falas a seguir:

A horizontalização, o respeito, o diálogo, eu acho que isso tem tudo a ver com a integralidade na relação pedagógica (E/Jesus).

Eu penso que a integralidade está intrínseca, ela precisa estar nas pequenas coisas. Na semana passada eu estava conversando com os alunos que a integralidade ela também está na relação tanto do professor com o aluno, entre eles, a forma como eles se tratam, como temos algumas disciplinas que estão junto com outros cursos também, a forma como eles veem o outro, como evitar questões de resistência, pra que possamos nos abrir pra entender o outro. Acho que a integralidade também está nesses pequenos espaços de contato com os colegas, de contato com o professor, de contato com o usuário. Então os elementos que são importantes são os mesmos, que temos na prática, são os mesmos que temos que ter na relação pedagógica, são os mesmos que eles vão estabelecer com os colegas e acho que elementos como a empatia, de se ver, de ver o outro, de se colocar muitas vezes no lugar do outro, a questão de outros princípios que também estão integrados com a integralidade, a questão da

justiça social, da equidade, que também conversam muito, questões como autonomia, de ir em busca de entender, que eles também são sujeitos ativos do aprendizado deles, então acho que isso é importante que eles tenham consciência, e eles tomem essa consciência que eles são sujeitos ativos do aprendizado e que sejam empoderados pra entenderem que quanto mais eles conhecem e quanto mais eles estudam, mais eles conseguem ser profissionais de saúde melhores, então acho que elementos como o respeito, a humildade, enfim, o tratamento com o outro, a questão de ouvir, a escuta, acho essencial, a escuta do outro, entender que muitas vezes o que eu penso não é a verdade, que existem outras verdades sobre outras óticas e outros óculos (E/Joana).

(...) tem dias que eu tenho vontade de matar e então eu respiro fundo e eu penso: “não, espera aí, eu tenho uma responsabilidade aqui” e eu poderia sim dar um zero e pedir para refazer, mas preciso fazer essa relação com a integralidade na prática pedagógica (E/Isabel).

(...) porque na verdade aquela pessoa que está na tua frente tu estás entendendo ela como um todo, como alguém que tem uma importância, que ele é importante, esse tempo que ele tem esse caminhar dele, com toda uma determinada história, que isso é importante e aí tu enxerga ele como um todo: por que um rói unha e por que o outro não rói a unha, por que um de repente em determinado momento da vida foi para uma determinada religião e aquilo foi importante, muito importante para ele e que pra mim a religião não tem importância nenhuma, mas que eu vou ter que compreender porque pra ele foi importante e que ele seguiu aquele caminho, porque as nossas histórias são diferentes e elas acontecem de formas diferentes, porque as nossas vidas acontecem de formas diferentes e por isso é preciso entender o todo da pessoa (...) e assim é com as pessoas que vão nos nossos serviços de saúde, praticamente é a mesma relação, para mim

são as coisas que tem importância e que vão se repetindo (E/Ana).

Ainda sobre esse tema, os docentes expressam o exposto a seguir:

(...) porque como tu vais falar de integralidade, se tu não tens práticas pedagógicas nesse sentido, como tu vais falar de integralidade em saúde para os futuros profissionais, se você não tem ações no ambiente da docência, do ensino, que fazem com que esse aluno veja ações numa ótica da integralidade em ti (E/Jesus).

(...) então eu entendo que levar isso para prática pedagógica é dar parâmetro, é compor referências de como é que se faz (E/Isabel).

Fica visível nas falas que o docente precisa vivenciar a integralidade na relação pedagógica, pois acreditam que isso de certa forma se torna referência para os estudantes.

**Subcategoria 2.2:** Diálogo, humildade e respeito como aspectos agregadores da prática pedagógica

Sete (7) docentes relatam sobre a importância do diálogo e da humildade do docente para a construção de uma relação mais aberta e mais propícia à troca de conhecimentos e aprendizado. Conforme pode ser constatado nos depoimentos e observações a seguir:

Eu acho que é saber ouvir o aluno e aceitar a opinião dele, aceitar a opinião e não tentar simplesmente impor: “não tudo o que tu estás falando está tudo errado...legal o que tu falou, mas está errado! joga tudo fora que eu vou te falar a minha verdade absoluta e tu vais levar pra tua vida!” Isso não é correto (E/Maria).

Na aula de hoje o docente abordou sobre políticas públicas de saúde e sobre sistemas de saúde no mundo. Passou um vídeo para os estudantes assistirem sobre o assunto, posteriormente abriu para debates sobre o vídeo, um estudante falou que percebe que a docente é apaixonada pelo SUS, mas que percebe outros sistemas melhores do que no Brasil, docente expõe sobre a



universalidade e outros fatores positivos do SUS, dialogam sobre o assunto, respeitando as opiniões (O/Maria).

A conversa, o diálogo, são bem importantes nesse sentido, porque se tu trabalhas com essa questão de conjunto, que é um aprendizado mútuo tanto nosso, quanto do aluno, então nós não estamos ali só para ensinar e sim para aprender também e dá essa liberdade para o aluno, tu acabas facilitando esse diálogo em si (E/Carla).

(...) eu estava passando por um processo pessoal que eu tinha que me virar e ainda dar conta de todo o começo aqui, enfim, eu penso que o que facilitou para resolver foi o fato de eu ter me entregue para os estudantes, porque o professor tem dois caminhos nas situações desafiadoras, ou ele se fecha e entende que ele está certo e o aluno tem que se colocar em um determinado lugar de aluno e pronto, ou ele realmente escuta isso com abertura e com a tentativa de ver o que os dois podem fazer no processo, eu vejo que a saída foi essa, foi de cada um falar a sua parte e de chegar em um consenso, que era pra melhorar a disciplina (E/Caterine).

Todos os docentes identificam o respeito mútuo como um princípio importante para a relação pedagógica se constituir na lógica da integralidade, conforme abaixo:

Respeito é um dos princípios de ambos os lados, não apenas eu achando que eles tenham que me respeitar, mas eu também tenho que respeitá-los (E/Anju).

Respeito aluno-professor, professor-aluno, como pessoa, como docente, discente, através desse respeito mútuo conseguimos estabelecer a conversa, para evoluirmos o conteúdo como um todo (E/João).

Então eu acho que essa mesma relação que tu trazés aqui para o aluno, é a relação que tu és uma pessoa como ele, que eu estou a mais tempo estudando na área e ele talvez está há 2 ou 3 anos,

mas que eu tenho coisas para aprender e ele também tem coisas para aprender e que temos que ter uma relação de respeito entre um e outro (E/Ana).

### **Subcategoria 2.3:** Docente e estudante constroem relações de vínculo e afeto

Percebemos que sete (7) docentes deixam explícito que consideram importante uma relação de afeto, empatia e vínculo com os estudantes, que essa aproximação contribui para a relação pedagógica se estabelecer na lógica da integralidade. Abaixo seguem os depoimentos e as observações que expressam essa análise:

Eu tento manter uma relação mais afetiva possível, que eu também acho importante, a relação, o vínculo em si, a relação de confiança vai se estabelecendo com o tempo, isso foi algo que eu basicamente aprendi ao longo do primeiro ano, como isso era necessário (E/Caterine).

Eu tento colocar a questão da empatia de uma forma muito forte, porque o profissional de saúde ele vai lidar muito com o sofrimento, muito com a necessidade do outro, então procuro estabelecer as mesmas relações que muitas vezes eu tenho na prática como profissional de saúde eu busco estabelecer na sala, acho que é tentar trazer esses valores importantes para vida (E/Joana).

Na situação de um acadêmico, por ter criando um vínculo, conseguir ter a liberdade para dizer: “professora eu não estou legal, estou brigada com o meu namorado, tenho que entregar esse relato para você até amanhã mas eu não estou com cabeça para isso, eu não estou bem” e eu posso dizer para o aluno para respirar um pouco e dar mais uns 3 dias de prazo para ele, e se precisar conversar comigo me coloco à disposição (E/Isabel).

Percebo que a docente tem uma relação de proximidade com os estudantes, chama pelo nome, faz uma escuta sensível, é afetuosa (toca no ombro, abraça) (O/Caterine).

No primeiro dia de aula após se apresentar, conversar sobre o plano de ensino, falar da

disciplina, diz que além de professor está disponível para serem amigos e parceiros também (O/Jesus)

As subcategorias 2.1, 2.2. e 2.3 estão relacionadas, de modo que possibilitam a visualização de que, além de identificarem como potencial, alguns docentes também vivenciam os princípios da integralidade na relação pedagógica. Tais princípios estimulam as relações que se constroem com os estudantes, dos estudantes entre si e entre os próprios docentes. Até mesmo em situações conflitantes o docente percebe a necessidade de repensar a direcionalidade de suas ações, pois identifica que a relação pedagógica estabelecida se torna referência para os estudantes.

Propiciar que a sala de aula e todos os demais espaços de prática pedagógica possam ter a integralidade como orientadora, torna esse princípio visível aos estudantes e algo a ser seguido. Nesse sentido, o discurso docente não pode ser somente teórico, ele precisa ser concreto e prático, logo, é preciso vivenciar o que se diz (FREIRE, 2016). Principalmente em uma disciplina específica onde se discorre sobre o conceito de integralidade, consideramos essencial que os docentes possibilitem a visualização da teoria em suas práticas cotidianas.

Dessa forma,

é importante vivermos a experiência equilibrada, harmoniosa, entre falar *ao* educando e falar *com* ele. Quer dizer, há momentos em que a professora, enquanto autoridade, fala ao educando, diz o que deve ser feito, estabelece limites sem os quais a própria liberdade do educando se perde na licenciosidade, mas estes momentos, de acordo com a opção política da educadora, se alternam com outros em que a educadora fala com o educando (FREIRE, 2013, p. 83).

O fato de vivenciar esses princípios na relação pedagógica não quer dizer que o docente não tenha autoridade perante a turma, na verdade ele recusa o autoritarismo e assume o acolhimento e o vínculo como parte da relação construída. Souza (2016) refere que a afetividade é um componente do processo cognitivo, sendo importante ser vivenciada na relação pedagógica, compreensão que corrobora as ideias expressas por Freire (2013).

Quanto ao respeito mútuo,

testemunhar aos alunos o quanto me é fundamental respeitá-los e respeitar-me são tarefas que jamais dicotomizei. Nunca me foi possível separar em dois momentos o ensino dos conteúdos da formação e a ética dos educandos. A prática docente que não há sem a discente é uma prática inteira. O ensino dos conteúdos implica o testemunho ético do professor (FREIRE, 2016, p. 92).

Portanto, é preciso ter ética na prática pedagógica e o respeito se faz necessário. É preciso respeitar a visão de mundo dos estudantes, reconhecendo a historicidade do saber e ao escutá-los, tomar isso como ponto de partida para a construção de uma consciência crítica em relação ao mundo (FREIRE, 2016).

Essa prática pedagógica

requer a disponibilidade de abertura a novas experiências e aprendizado, que não ocorrem sem que haja o reconhecimento mútuo dos sujeitos, a alteridade, a ousadia e vontade de inovar as práticas pedagógicas, o estímulo constante a reflexão (LIMA; KLOH; REIBNITZ, 2016, p. 3135).

Portanto, se os processos de formação estiverem direcionados para uma prática pedagógica com a vivência de princípios como afeto, vínculo, escuta para as necessidades do outro, logo, estaremos contribuindo para que os estudantes vivenciem esse processo, e possam perceber o quanto isso contribui para uma relação mais humana. Tal relação propicia o diálogo horizontal, entende que o processo de ensino-aprendizagem é mútuo, e busca uma construção cada vez mais ativa e protagonista do estudante, sendo que os participantes acreditam que isso poderá influenciar em suas práticas futuras na saúde.

O trabalho em saúde se caracteriza por um encontro entre o usuário e o profissional, a relação entre uma pessoa que possui demandas a serem ouvidas e outra que possui um conhecimento específico que pode dar uma resposta a esta demanda. O mesmo se estabelece na relação pedagógica entre docente e discente, sendo que os aspectos que discutimos ao longo deste trabalho é a importância de uma atuação centrada no usuário (aqui compreendido como discente) e suas

necessidades. Desta forma, apostamos em uma atitude humanizada por parte do docente, que não esteja baseada somente no tecnicismo e nos aspectos biológicos (métodos tradicionais de ensino), mas que possa acolher, vincular, afetar-se com o outro. Também precisamos tornar o usuário (acadêmico) protagonista e cada vez mais fortalecido para cuidar de sua saúde e decidir sobre suas escolhas de vida.

Desconsiderar a formação integral do estudante é reduzir a um treino, uma maneira autoritária onde falta a interação democrática e cuidadosa com os estudantes (FREIRE, 2016). Acreditamos que essa formação direcionada para a integralidade na relação pedagógica pode propiciar contribuições importantes para a construção desse profissional de saúde que queremos formar para atuar no sistema de saúde que tem a integralidade como um dos seus eixos centrais.

#### **Subcategoria 2.4:** Integralidade ao olhar para a turma considerando as especificidades

Os docentes relatam que cada turma se constitui de maneira diferente e precisam ter um olhar ampliado para os diferentes aspectos, como: estudantes que trabalham durante o dia e muitas vezes também nos finais de semana, logo, a noite estão extremamente cansados, o tipo de método de ensino que a turma se identifica mais e também perceber o interesse e a identificação que o estudante tem com aquela disciplina. Como pode ser constatado nos depoimentos a seguir:

(...) só que tu também tens que pensar na integralidade, quando tu vais dar aula à noite, para um indivíduo que trabalhou o dia inteiro que está lá e as vezes cai em cima do livro, ou no texto, enfim, também tem que pensar que as vezes tem alunos que chegam às vezes 19:15, porque não consegue chegar as 19hs (E/Jesus).

(...) tu muda muito a tua forma de trabalhar, pois tem turmas que dá pra fazer rodas, tem outras que detestam fazer rodas, então tem umas que são mais comunicativas então tu consegues trabalhar com algumas metodologias, outras não tanto, então as vezes tu tens que ser mais objetiva e focar bastante, tem outras que são muito conversadoras, tipo na primeira fase é mais difícil de tu trabalhar com metodologias de grupo pequeno porque fica muita bagunça na sala de

aula, então acho que temos que observar, tudo depende (E/Carla).

Trago propostas e conforme cada turma eu aplico de forma diferente, eu preciso primeiro conhecer a turma para que depois eu trabalhe isso, porque as vezes uma metodologia que funcionou muito pra uma, não funciona muito bem pra outra. As vezes eles mesmo nos dizem, nos falam como eles são e isso é legal porque vamos tendo uma possibilidade muito maior de conseguir abranger os diferentes tipos de aprendizado (...) entender que muitas vezes o estudante ele vai ter os seus interesses também, os seus outros interesses que muitas vezes não são os mesmos que o meu, e as vezes ele terá outras áreas que ele vai se constituir muito melhor que na área que do meu saber, da área que eu trabalho e isso também é um pouco confortante, porque muitas vezes não são todos aqueles que estão na mesma vontade, no mesmo amor que nós pela nossa área, então isso é um desafio, lidar com essa relação que é uma surpresa, então todo o dia é uma situação nova que surge, é algo que tu precisas contornar, é algo que tu precisas trabalhar (E/Joana).

Também ficou perceptível, nas observações realizadas e descritas a seguir, que há uma identificação com a turma no sentido de conhecer cada estudante desde o primeiro dia de aula, bem como, ter um olhar específico dos docentes para com os estudantes, evitando julgamentos:

Estudante estava passando mal, com dor, durante a aula, docente oferece um medicamento e libera para que ela possa ir para casa, se mostrou preocupada com a situação da estudante (O/Caterine).

Docente cumprimenta os estudantes e faz a chamada, pede para que se identifiquem para que comece a memorizar os nomes. Se apresenta novamente, pois muitos da turma haviam faltado na primeira aula. Posteriormente solicita para que os estudantes que não vierem na aula anterior possam se apresentar e dizerem onde residem, pois foi a atividade realizada com os demais na

primeira aula para que pudessem se conhecer melhor (O/Jesus).

Estudante pede para conversar em particular com a docente que senta próximo ao grupo, percebeu que estavam falando de uma estudante que não consegue participar das reuniões do Centro Acadêmico, estavam reclamando por isso, docente tenta amenizar a situação e mobiliza um momento de reflexão sobre a colega que está com vários problemas e que cada pessoa reage de um jeito, que é assim, nem sempre as pessoas dão conta das coisas como gostaríamos. Essa estudante havia saído mais cedo da aula porque estava de carona e mora em outra cidade, trabalha, está com o pai hospitalizado, ao se despedir a docente falou para a aluna que ficasse mais calma e tentasse não se estressar muito (O/Ana).

Ao considerarmos importante a vivência da integralidade na relação pedagógica isso também quer dizer ter o olhar diferenciado para cada turma e para cada estudante. Isso mobiliza os docentes é refletir sobre como vamos utilizar metodologias de forma igual para todas as turmas se cada uma tem sua especificidade?

Percebemos que os docentes visualizam a importância de conhecer a turma, de se identificar com ela, de saber quem são os estudantes e suas singularidades, inclusive de perceber que a formação acontece de forma constante, onde os estudantes também estarão se constituindo ao longo dessa caminhada. Também ficou perceptível a preocupação com os estudantes, com seus sentimentos e dificuldades, bem como, com a postura de não julgamento ao outro, conforme a atitude de um dos participantes ao estabelecer um diálogo com uma estudante.

É necessário essa abertura do docente aos estudantes, para que se diminua a distância, que não é só espacial, mas tem a ver com a questão do seu direito de ser-mais. É preciso considerar o que existe ao nosso redor, o saber teórico sobre aspectos econômicos, sociais, ecológicos e unir isso ao saber teórico-prático da realidade em que trabalhamos. Diante disso, é importante que os docentes possam entender a realidade vivenciada pelos estudantes, pois isso condiciona ao olhar de mundo que eles têm e sua capacidade de aprendizado (FREIRE, 2013). Certamente essa aproximação permite que o estudante se sinta acolhido em suas dificuldades e possa interagir de forma natural no ambiente pedagógico.

Considerando que nas metodologias ativas o docente é o motivador para uma aprendizagem significativa, é necessário que ele possa conhecer a diversidade existente e o conhecimento prévio dos estudantes, para poder planejar meios para a apreensão do conteúdo, ser mediada pela postura ética, instigando os estudantes a se tornarem críticos e reflexivos.

**Subcategoria 2.5:** Docente instiga o olhar ampliado, faz reflexões e relaciona teoria e prática em saúde

Cinco (5) docentes demonstram a importância de ter um olhar ampliado e de provocar reflexões para uma aprendizagem baseada na integralidade. Três desses docentes referiram em suas falas que proporcionar momentos de debates, de construção crítica e reflexiva, respeitando as diferenças, é ter um compromisso com o aprendizado dos estudantes. Abaixo seguem o exposto pelos participantes através dos depoimentos e observações:

O conteúdo muitas vezes está posto, ele pode estudar sozinho, mas as relações com esse conteúdo e a reflexão e ação, são diferentes na sala de aula, é para isso que a sala de aula também serve para criar esses significados de todos esses conteúdos e fazer com que eles se integrem de alguma forma a criar um profissional de saúde realmente comprometido com o cuidado do usuário (E/Joana).

Na aplicação dos questionários na comunidade, as estudantes retornam empolgadas contando felizes sobre o acolhimento que tiveram na residência, que o morador as acolheu muito bem e que contou a vida dele para elas, docente reflete sobre o trabalho da Estratégia de Saúde da Família, onde o objetivo é criar vínculo com a comunidade, percebo que a docente fica feliz com essa devolutiva das estudantes (O/coletivo).

Docente consegue potencializar discussões sobre a prática do atendimento no SUS, fala de suas vivências também, consegue fazer a conexão com a profissão dentro do sistema de saúde e provocar reflexões (O/Isabel).

Docente tinha deixado três textos para lerem, pede que de forma resumida (uma palavra ou frase) eles



possam falar o que acharam dos textos, alunos comentam e ele vai complementando, também perguntou o que eles acharam do relato de um caso entregue na aula passada para discussão em grupo, de como foi a atuação da equipe de saúde, retomou alguns referenciais importantes (O/Jesus).

Docente conversa com a turma sobre sua formação que foi no modelo biomédico e que não tinha um olhar ampliado para as situações atendidas, dessa forma, buscou aperfeiçoamento que ampliou seu conceito de saúde, considera a disciplina de saúde coletiva no curso como uma forma de permitir esse olhar mais abrangente em saúde (O/João).

Em termos de respeito às diferenças, diversidades, eu acho que uma das questões que vivenciamos muito no cenário da docência e essas questões estão muito afloradas, questões de dicotomia política, questões de gênero, são muito fortes, por mais que tenhamos determinadas convicções pessoais, nós enquanto docentes, temos que oportunizar esse debate (E/Jesus).

Conforme já discutido sobre uma prática docente dialógica e comprometida com o processo de aprendizagem dos estudantes, percebemos que a maioria dos docentes se preocupa em refletir sobre os conteúdos e não somente transmiti-los. O docente busca estimular a criticidade em relação às práticas em saúde, bem como, dar testemunho de suas vivências prévias relacionadas à temática a fim de possibilitar a visualização da realidade e a sua possível transformação.

É importante entendermos que nem toda prática docente se constitui de fato como prática pedagógica,

a prática docente configura-se como prática pedagógica quando esta se insere na intencionalidade prevista para sua ação. Assim, um professor que sabe qual é o sentido de sua aula em face da formação do aluno, que sabe como sua aula integra e expande a formação desse aluno, que tem a consciência do significado de sua ação, tem uma atuação pedagógica diferenciada: ele dialoga com a necessidade do aluno, insiste em sua aprendizagem, acompanha seu interesse, faz

questão de produzir o aprendizado, acredita que este será importante para o aluno (FRANCO, 2016, p. 541).

Desta forma, a prática pedagógica tem a ver com uma prática social emancipatória e que precisa se reinventar a todo o momento, dependendo dos atores e das circunstâncias que estão colocadas. Por isso elas são dinâmicas, num movimento sempre renovador na busca por uma aprendizagem significativa.

Nesse sentido o “bom professor é o que consegue, enquanto fala, trazer o aluno até a intimidade do movimento de seu pensamento. Sua aula é assim um desafio e não uma “cantiga de ninar”, seus alunos cansam, mas “não dormem” (FREIRE, 2016, p. 83-84). A peça fundamental desse processo é a curiosidade humana, a vontade de saber mais, de reconhecer, de vivenciar e de se apropriar do objeto/conteúdo a ser conhecido e explorado.

Nessa perspectiva, a prática pedagógica também precisa respeitar as diferenças, sem sentir-se superior aos demais, possibilitando uma escuta aberta a todas as formas de pensar e de ser, isso é uma virtude do docente (FREIRE, 2016).

Considerando o contexto da saúde, Franco e Merhy (2013) discutem sobre a importância dos processos pedagógicos contemplarem a dimensão da subjetividade, além da dimensão da cognição. Aliar o conhecimento técnico a uma prática que promova mudanças na subjetividade, onde os “processos educacionais possam contribuir na produção de sujeitos, entendidos como coletivos com capacidade de intervir na realidade com o objetivo de transformá-la” (FRANCO, MERHY, 2013, p.187). Dessa forma, é preciso considerar os aspectos relacionados a humanização das práticas, para que possamos realmente estabelecer uma relação de cuidado, em todas as práticas pedagógicas.

**Subcategoria 2.6:** Docente considera importante a contribuição e avaliação do estudante sobre o processo de ensino aprendizado

Cinco (5) docentes deixam explícito que consideram importante as construções e avaliações dos estudantes, seja em relação ao conhecimento, bem como, no desenvolvimento das aulas, sendo que buscam enaltecer as produções realizadas pelos acadêmicos nos espaços de trabalho. As falas e observações a seguir expressam o exposto:

Tem a avaliação institucional e no final de cada disciplina eu passo uma folhinha, é anônimo, sem nome, sem nada, só tem que colocar a disciplina, o que eles acham que está bom e o que eles acham que podemos melhorar, o que eles acham que podemos retirar da disciplina, e a abordagem também, como que deveria ser, para a nossa avaliação mesmo, para ter um feedback (E/Maria). Se grande parte da turma diz que é muito cansativo isso ou aquilo eu vou mudando, as vezes eu mudo de um semestre para o outro, como as vezes eu posso mudar algumas coisas no decorrer do semestre (E/Anju).

(...) foi na segunda aula, ele veio falar comigo porque viu que tinha muita bagunça na sala, e eu disse, “obrigado, assim eu acho para os próximos encontros já temos essa proposta de tentar fazer ações mais coletivas, que prende mais o pessoal”, mas foi um momento assim que ele se dirigiu pedindo uma estratégia diferente e eu acho que o professor também tem que estar preparado para esses pedidos (E/Jesus).

Durante a aplicação dos questionários no território, conforme os estudantes vão entregando, a docente pergunta como foi a experiência. Eles relatavam sobre as dificuldades e facilidades em cada residência, falando inclusive que estavam descobrindo coisas bem interessantes em relação à percepção da comunidade sobre a situação de saúde e atendimento da unidade de saúde. Na aula posterior à visita ao território a docente solicitou que os estudantes escrevessem as sugestões no quadro quanto às questões confusas e incompletas do questionário para que pudessem modificar (O/coletivo)

Duas aulas seguidas que o docente pede, ao final da aula, para a turma se manifestar quanto a metodologia utilizada e sua abordagem em relação aos conteúdos, deixa aberto para darem sugestões (O/Jesus).

Tem muitas coisas que são produzidas na sala de aula que eu levo para o meu trabalho, quando eles fazem visitas nos serviços de saúde que passam pelo local onde eu trabalho eu sempre mostro: “Olha isso aqui foi construído pelos alunos, pelos

nostros colegas em tal época, etc, é muito bom usarmos isso, pois dá para mostrar aos demais (E/Ana).

Constatamos que os docentes realizam avaliações sobre a disciplina com a turma, seja por encontro, seja ao final da disciplina ou semestre, no intuito de perceber o que pode ser melhorado. Durante a atividade no território há docentes que perguntam aos estudantes como se sentiram realizando a atividade, valorizando a percepção deles sobre a mesma.

Ainda relatam sobre o reconhecimento das produções realizadas pelos estudantes e a utilização dos mesmos na prática profissional da docente. Uma construção que permitiu qualificar o serviço em que a mesma trabalha. Isso permite dar visibilidade às produções dos estudantes, sendo um estímulo para os mesmos seguirem em suas produções e criações.

Se estamos considerando a prática pedagógica comprometida com o aprendizado dos estudantes, é imprescindível que os docentes possam escutar os estudantes em relação as formas de ensino realizadas. Isso possibilita realizar permanentemente uma forma de se dedicar à análise crítica da prática docente junto aos estudantes, aspecto que corrobora os pressupostos freirianos quando nos diz “que bom, aliás, seria, se tentássemos criar o hábito de avaliá-las [práticas pedagógicas] ou de nos avaliar nelas enquanto educadores e educandos também” (FREIRE, 2013, p. 145 *grifo nosso*).

Um dos movimentos para que a prática docente se transforme em prática pedagógica é justamente a reflexão crítica de sua prática, considerando o processo e não somente os resultados finais (FRANCO, 2016). Sendo assim, a construção dessa prática deve ser feita conjuntamente entre os atores envolvidos, replanejada conforme a necessidade do grupo para que a intencionalidade da ação seja alcançada.

Em relação ao último depoimento, a docente reconhece as produções realizadas pelos estudantes e inclusive utiliza em sua prática profissional. Isso torna visível esse processo de que não existe ensinar sem aprender, o docente tem um conhecimento antes adquirido e reaprende à medida que percebe a curiosidade e a forma como o estudante aprendeu (FREIRE, 2013).

## 5.4 TEMÁTICA 3: DESAFIOS E DIFICULDADES EM APLICAR A INTEGRALIDADE NA RELAÇÃO PEDAGÓGICA

Essa categoria emergiu a partir da composição de dez (10) subcategorias, descritas a seguir:

**Subcategoria 3.1:** Dificuldade em perceber a integralidade na relação pedagógica em diferentes espaços de ensino aprendizagem

Entre os participantes, dois (2) docentes não conseguiram perceber a possibilidade de vivenciar a integralidade em todos os espaços de ensino aprendizagem. Um deles refere que só é possível materializar esse olhar ampliado quando possui a vivência na prática em saúde com outras profissões, sendo que o outro, refere ter dificuldades em praticá-la com os estudantes devido a imaturidade dos mesmos. Os depoimentos a seguir expressam essa análise:

Achar que é importante com certeza eu acho que é, se dá para aplicar? Dá, se é fácil? Não. Porque é muito mais fácil eu resumir saúde em uma linha ou duas e passar isso pra eles como conceito de saúde do que passar um conceito de saúde que abranja outros setores que não só saúde, para falar isso pra eles já não é tão simples entenderem, para conseguir ver a aplicação disso, eu acho que tem que se reunir com outras disciplinas e tem que ter uma atividade extra muro para ter uma vivência, se ficar só na teoria isso é muito subjetivo é muito difícil eles conseguirem assimilar (E/Joao).

(...) o acadêmico não entende isso como integralidade, então o grande desafio é mostrar o que é integralidade, porque as vezes o acadêmico só quer o benefício do docente para com ele, e não vê qual é a sua responsabilidade nesse processo, e então eu não vejo isso, eles muitas vezes não estão maduros para isso talvez (...) por isso que fica difícil praticar com eles a integralidade (E/Anju).

É interessante percebermos que, todos os docentes trouxeram princípios importantes para a construção da prática pedagógica, conforme já exposto na subcategoria 1.1. Porém, não fica claro que esses princípios, quando realizados na prática docente, são formas de vivenciar a integralidade nessa relação. Pois, os depoimentos expressos

acima demonstram o quanto a integralidade na relação pedagógica ainda não é uma prática vivenciada no cotidiano dos espaços de ensino-aprendizagem por todos os docentes.

Percebemos que ainda está muito relacionada somente aos cenários de práticas do SUS, sem considerar os demais espaços da prática pedagógica. Alencatro e Veiga (2014), expressam que talvez uma hipótese seja que, especialmente na área da saúde, muitos docentes iniciam sua carreira tendo somente conhecimentos específicos de sua área de atuação, não tendo, portanto, conhecimentos e habilidades importantes para a realização da prática pedagógica, bem como, não a discutem como uma forma de aperfeiçoamento das práticas realizadas.

A falta de maturidade do estudante, mencionada pelo docente, também tem a ver com a relação a ser construída com entre ambos. Se o essencial nessa relação entre docente e estudante é a “reinvenção do ser humano no aprendizado de sua autonomia” (FREIRE, 2016, p. 92), como é possível estabelecer essa construção se o docente não acredita que o estudante possa se implicar nesse processo? Logo, crescer e amadurecer no espaço de aprendizagem e na relação estabelecida entre ambos.

Nesse sentido, percebemos que as duas situações têm a ver com uma certa fragilidade no olhar ampliado e na aposta de uma relação que possa tornar possível a prática da integralidade em todos os espaços de ensino aprendizagem.

Desse modo, a educação permanente desenvolvida junto aos docentes, por meio de rodas de conversa sobre o processo de ensino-aprendizagem, pode ser uma ação institucional que contribua para melhorar essa compreensão. No sentido de promover momentos de discussão sobre a prática pedagógica, bem como, reflexões sobre a importância de uma postura docente pautada na integralidade, onde os estudantes possam visualizar sua materialização durante a formação em saúde em qualquer espaço de aprendizagem.

### **Subcategoria 3.2:** Dificuldade em trabalhar de forma integrada com outras disciplinas

Duas (2) docentes tiveram situações que demonstraram dificuldades em trabalhar de forma integrada com outros colegas docentes. As situações foram de colisão de atividades entre duas disciplinas e a baixa importância dada as disciplinas relacionadas a saúde coletiva por parte de outros professores do curso. A seguir os depoimentos e observações sobre esta análise:

Estudantes comentam que terão prova da outra disciplina no sábado, dia da feira de saúde, docente reforça que pelo que sabe dos outros cursos, os professores sempre tentam flexibilizar para os estudantes participarem dessa atividade, pois está agendada desde o início do semestre. Os estudantes referem que tentarão que conversar novamente, mas que o primeiro contato foi difícil de conseguirem alguma mudança. A docente lamenta de não poderem participar da feira de saúde pois considera a atividade mais importante da disciplina, onde estarão desenvolvendo a atividade na comunidade. Se não conseguirem comparecer combinará um trabalho para compensar a nota (última nota da disciplina) (O/Caterine).

O estudante teve que se matricular em outra disciplina também no sábado e foi conversar com a docente sobre isso, estava preocupado pois a outra disciplina tem muito conteúdo teórico e acha complicado faltar. A docente responde que estará verificando com o colega, docente da outra disciplina, para pensarem como estarão resolvendo, pois o estudante não tem culpa que isso aconteceu. Ao final da aula a professora comenta comigo que sabe que o colega docente da outra disciplina não considera importante a disciplina relacionada ao SUS (O/Maria).

Os estudantes iriam levar muito mais a sério a saúde coletiva, hoje infelizmente eles não dão importância, por mais que nós, falamos e falamos (...) e eu acho que as vezes isso é influenciado por posturas não faladas, por linguagem não verbal, que as vezes fala muito mais que uma palavra, de outros professores, das outras disciplinas, as vezes até em uma brincadeira, então eu acho que se fossem sensibilizados, até mesmo para todos falarem a mesma língua, então acho que influenciaria (E/Maria).

Analisando os depoimentos, é possível contatar que em relação as situações de colisão de data, as docentes tiveram posturas diferentes quanto a possibilidade de resolução. Pois, enquanto uma assumiu que

iria dialogar com o colega, pois conhece a postura do docente e reconhece que o mesmo menospreza as ações relacionadas a saúde coletiva no curso, logo, precisa reafirmar a importância da disciplina para a formação dos futuros profissionais a partir da lógica do SUS. A outra solicitou que o estudante fosse conversar com o docente, referindo que estava pactuado que as atividades da disciplina seriam priorizadas, contudo, se o estudante não conseguisse negociar, ela liberaria o estudante da avaliação final que seria uma vivência interdisciplinar, em detrimento de uma outra atividade avaliativa individual.

Nesse caso, fica visível uma fragilidade em relação a integração entre os docentes e as diferentes disciplinas do curso, pois se a Interação Comunitária é uma disciplina discutida em colegiado de cursos, que possui um cronograma comum em diferentes cursos, com ações pactuadas desde o início do semestre, seria importante que quando houvesse choque de horários, os docentes da disciplina fizessem contato com professores de outras disciplinas, a fim de argumentar sobre a importância da vivência interdisciplinar proporcionada pela ação na comunidade. Pois, certamente é mais simples adequar agenda para uma avaliação teórica em sala, do que adequar uma agenda pensada para contemplar 8 cursos de graduação, sendo estranho professores da Interação Comunitária expressarem que se o estudante não conseguir “negociar” com o outro professor, simplesmente, definem uma outra atividade individual para repor essa avaliação final.

Essas situações nos remetem a pensar em uma situação similar que acontece nos serviços de saúde, quando os usuários são encaminhados de um serviço ao outro, sendo que os mesmos não possuem um fluxo efetivo de comunicação e integração, pois o profissional não dialoga com outros profissionais dos serviços sobre as necessidades do usuário. Fato que acaba prejudicando o usuário, principalmente em relação ao cuidado prestado a ele de forma integral.

Portanto, precisamos refletir: como estão os movimentos em relação a essa integração no espaço de ensino? Como não colocar o estudante na posição de responsável por definir qual atividade deve participar e qual irá “perder”? Que atitudes o docente precisa ter, considerando a integralidade na relação pedagógica?

Isso nos leva a refletir que os espaços de ensino-aprendizagem instituídos ainda precisam evoluir no sentido de integração e planejamento entre as disciplinas, para que não fiquem fragmentado e não demande do estudante em ter que se preocupar com uma demanda que diz respeito ao planejamento das atividades realizada pelos docentes. Certamente um contato próximo entre os colegas docentes



pode favorecer a resolução desse tipo de situação, pois, integralidade também é pensar na formação de uma forma integrada e ampliada.

Ainda em relação a essa subcategoria, é importante refletirmos sobre o descaso por parte de alguns docentes dos diferentes cursos com a disciplina de interação comunitária, expresso pelos professores da referida disciplina. Embora tenhamos vários movimentos que entendem a importância de discutir a política de saúde e pensar suas transformações na formação, ainda temos uma forte tendência a valorização do saber biológico e técnico como o único que deve ser priorizado, subestimando as outras construções relacionadas aos determinantes sociais de saúde.

Se uma parte dos docentes da área da saúde, para não dizer que a maioria, não valorizam o olhar ampliado e a discussão da integralidade como importantes, como os estudantes vão levar esse princípio como algo sério?

Concordamos que é necessário ter uma política de formação direcionada para o SUS, sendo esta uma outra mudança importante na proposta curricular, para que todos os docentes possam incorporar em suas práticas ações direcionadas à integralidade (CECCIM; FEUERWERKER, 2004). Novamente relacionamos a importância da formação docente nesse processo.

Os resultados reforçam a constatação de que, enquanto as práticas na formação continuarem fragmentadas, haverá mais dificuldades em efetivarmos uma formação direcionada para o fortalecimento do SUS.

**Subcategoria 3.3:** Desafio em superar posturas docentes paternalistas e autoritárias, buscando uma relação horizontal na relação pedagógica

Atitudes paternalistas ficaram visível em algumas falas e também observações de três (3) docentes, relacionadas a questões da condução da aula e também da avaliação. Conforme constatado nos depoimentos e observações abaixo:

A atividade realizada foi de revisão para a prova. A docente entrega perguntas já prontas e pede que respondam em trio, pode ser conforme já estão dispostos na sala de aula. Referiu que a prova será em dupla e com consulta, de múltipla escolha, mas que precisam revisar o material, pois tem bastante conteúdo (...) docente entrega um texto e coloca perguntas no quadro para que respondam,

ao final corrige cada pergunta junto com a turma. Docente mostrou-se preocupada que os estudantes entendessem sobre a temática, ao final da aula comentou comigo que ainda não domina as metodologias ativas e que prefere nesse formato, pois assim consegue ter o “domínio” da turma (O/Caterine).

Já aconteceu de uma menina rodar, e eu chamei ela, e disse assim: “tu rodou e não foi por pouco”, e aí eu sentei com ela e o que eu fiz, como ela tinha sido uma boa aluna durante o semestre, eu dei uma chance pra ela, porque ela tinha sido a única que tinha rodado e rodou por 1,5 ponto, e então como ela tinha desenvolvido as atividades práticas e o que foi difícil pra ela foi a parte teórica, eu dei um trabalhinho...então eu tento fazer assim (...) então esse aluno que tem esse déficit, ele trouxe atestado, então nas disciplinas que ele está, as provas eu estou tentando fazer sempre em duplas, pra ele e uma outra pessoa, pelo menos ele consegue passar aquilo que ele quer para o papel porque tem alguém auxiliando ele, então eu tento fazer assim (E/Maria).

Opto por fazer mais trabalhos e as vezes acontece de estarem muito ruins, como nós trabalhamos com uma avaliação processual, solicito para refazerem aqueles trabalhos, tem uns que desenvolveram muito pouco o trabalho para aquela data - talvez foram fazer outras coisas - e entregam aquele trabalho muito ruim sabendo que irão receber de volta para poder melhorar, então eles ganham mais tempo para complementarem (E/Ana).

Quanto a posturas mais rígidas e impessoais também estiveram presentes em falas e observações de dois (2) docentes, tanto relacionadas à condução da aula, quanto na relação direta com os estudantes e também na avaliação. Relacionado a essa postura, seguem abaixo os depoimentos:

No geral eu tento não levar para o lado pessoal, eu tento separar bem da parte profissional de aluno-professor e tento ser o mais rigoroso didaticamente, para não envolver aspectos

peçoais, no momento do acontecimento em si eu simplesmente dou o meu parecer e não gero discussão além disso, foi a possibilidade naquele momento (...) Na relação pedagógica é importante ter o respeito a uma certa hierarquia que em certos momentos é necessário ter uma conversa mais vertical, (...) de prioridades, com certos protocolos que devem ser respeitados (E/João).

Eu sou bem claro, que sou apenas um articulador do conhecimento, não sei tudo por estar ali na frente, mas eu tento estabelecer que aluno é aluno, professor é professor, tem que manter um devido respeito e essa é a regra que eu estabeleço e isso eu nem falo pra eles, mas eu mesmo tento me proteger, sala de aula é uma coisa, corredor é outra coisa, essa é a diferença, então eu procuro manter isso, me aproximo mas não caí na intimidade de ambos os lados (E/Anju).

Percebo que o professor não tem o costume de chamar pelo nome os alunos, diz “o rapaz, ela, tu...” por isso me parece que não estabelece uma relação tão próxima (O/João).

Uma das estudantes que apresentou falou para o professor que chegou após a primeira chamada e agora teria que sair, recém tinha apresentado o trabalho, disse que teria que pegar a filha na escola. O professor diz que ela terá falta (lembrando-a que ela não estava quando fez a chamada inicial e não estaria na final, mas ela apresentou o trabalho. ...) Docente lembra que esse é o último encontro em sala de aula pois os próximos são momentos coletivos, refere que a disciplina teve os objetivos alcançados, que estará avaliando os trabalhos postados e também o comportamento da turma, pois o entra e sai e as conversas prejudicam a apresentação, dá mais algumas dicas sobre letra e forma de apresentação em power point (O/Anju).

Nos depoimentos e observações apresentadas, é possível constatar que mesmo tendo uma conversa mais informal, os professores deixam claro as posições distintas em que ocupam. Evidencia-se os movimentos dicotômicos por ora assumidos pelos professores, pois ora

referem tentar assumir uma posição horizontal e de compreender os estudantes, ora expressam uma postura autoritária e rígida.

Em relação a estabelecer uma relação de horizontalidade sem perder a autoridade e o senso de responsabilidade, três (3) docentes relataram sobre o desafio de ter uma relação horizontal com os estudantes e o quanto isso ainda está em construção. Dois deles expressam que, ao se permitirem aproximar e ter um vínculo, isso pode ser confundido com descomprometimento e, por vezes, falta de conhecimento. Uma docente referiu que é possível ter uma relação de amizade, porém, não deixar que os estudantes abusem dessa relação. Seguem abaixo os depoimentos referente a essa descrição:

Situação desafiadora é essa coisa de falar mais mansinho e dar estratégias diferenciadas, de não assustar, de não ser aquela professora que chega no início do semestre assustando, de não ter aquela fama de professora dura, as vezes faz com que os alunos achem que qualquer coisa vai dar, então para mim, não que seja desafiador botar limite ou dizer não, mas que isso acaba exigindo um pouco mais de energia (...) Eu acho que está sendo uma tentativa estabelecer uma relação, porque as vezes eu me sinto um pouco cobrada, internamente, não externamente, de que talvez tenha que ser um pouco mais no modelo de graduação que eu tive, porque as vezes parece que eu estou fazendo alguma coisa errada, parece que eu teria que ser um pouco mais objetiva, ficar mais presa no conteúdo. (...) Porque me parece que os acadêmicos eles se dedicam se é para prova, se o professor é muito autoritário, então não podemos ser vistos como: o bonzinho que topa tudo, porque as vezes as pessoas confundem com falta de rigidez, mas acho que isso é consequência também de uma educação de ensino médio, de outras coisas, mas tenho criado outras estratégias pensando nisso, que eu quero de alguma forma instigar essa participação, essa construção ativa deles no processo, mas isso dá muito trabalho (E/Isabel).

No tocante à relação com o estudante, acho que é primeiramente a capacidade de termos um bom diálogo com os estudantes e também dentro de um princípio mais horizontal, desmistificar um pouco

do professor como o único detentor do saber, então eu procuro ter uma relação, primeiramente pautada nisso, por um lado, é bom, por outro percebemos que têm determinados alunos, principalmente na graduação, que querem a atuação de um professor mais como “o super poderoso”, aquele que detêm o conhecimento, esse é um dos pontos que fragiliza essa postura de horizontalização na prática pedagógica, porque ao se colocar no mesmo nível, no sentido do estudante, muitos talvez possam pensar que não temos um determinado conhecimento diferenciado. (...) Eu mesclo ações coletivas com aulas expositivas para reforçar aquilo que foi construído coletivamente para não ter uma impressão dos alunos no sentido de “ah o professor só da trabalhinho” porque tem isso também, então para não ter essa reclamação também fazemos isso (E/Jesus).

Procuro trabalhar desta forma, ter metodologias diferenciadas e isso é bom, é importante inclusive porque criamos uma relação mais próxima com o aluno, pensando de pessoa em pessoa, cria até as vezes, uma amizade. Porém acredito que não podemos deixar de lado também a posição como professora, no sentido de gerenciar a aula, porque senão depois, dependendo da fase ou da pessoa, eles acabam até abusando, então não pode ser tão bonzinho (E/Carla).

Os depoimentos expressam que os estudantes ainda não aceitam muito bem as metodologias ativas e, muitos ainda acham que o correto é o modelo tradicional. Os participantes da pesquisa fazem uma reflexão sobre essa postura, expressando que provavelmente essa atitude dos acadêmicos se deva ao fato de que o processo de ensino-aprendizagem que sempre vivenciaram ser na lógica do modelo tradicional, logo, o desafio está não só para o professor mudar as suas práticas, mas para o estudante também rever suas concepções de construção de conhecimento.

**Subcategoria 3.4:** Dificuldade em estabelecer “limites” na relação docente-discente

Três (3) docentes relataram como dificuldades da docência a questão de estabelecer o limite dessa relação, até onde o docente pode dar liberdade ou não, flexibilizar ou não, entendem a experiência profissional como docente, e o amadurecimento em estruturar propostas de ensino-aprendizagem de modo diferenciado do tradicional, auxilia nesse processo, conforme expresso a seguir:

Quando tu começa tudo é muito novo, tu não sabes ainda exatamente que lugar é esse que tu podes ocupar, o quanto tu podes te aproximar ou não, eu acho que eu era bastante exigente e aos pouquinhos fui vendo que tinha que incluir o aluno nesse processo, claro que se tu deixar, se tu der a mão eles pegam o braço, eles querem facilidades, mas a experiência vai te ensinando como mediar isso, até que ponto tu podes ir pelo que eles solicitam, até que ponto tu flexibilizas ou não, considerando cada especificidade (E/Caterine).

Minha maior dificuldade no início foi saber até onde era o limite de cada coisa, que eu acho que aprendemos mais com o tempo aqui dentro, não é uma coisa que tem uma receitinha de bolo: “ah até esse ponto é legal tu dar uma resposta, até esse ponto não é interessante porque eles vão te absorver demais”, nisso foi o que senti mais dificuldade, hoje já é mais tranquilo (E/João).

Consideramos que as subcategorias 3.3 e 3.4 versam sobre um tema comum, relativo a como ocorre a relação entre o docente e o discente e quais são os limites que podem ser estabelecidos nessa relação. Desta forma, estaremos discorrendo sobre as falas e trazendo referenciais que discutem sobre autoridade e autoritarismo e como se dão as relações estabelecidas em distintos modos de ensinar e aprender.

Os resultados expressam algumas posturas paternalistas, no sentido de não estimular a construção do estudante, trazendo a atividade pronta para que seja realizada em sala de aula, sendo isso confundido por vezes com metodologias ativas de aprendizagem. Quanto à avaliação, as situações parecem não deixar claro em alguns momentos os critérios estabelecidos para avaliar a aprendizagem do estudante, aspecto que promove confusões entre possibilidade de negociação, autonomia e responsabilidade.

No depoimento relacionado ao estudante com necessidades especiais, percebemos como ainda temos fragilidades no ensino, no sentido de proporcionar uma metodologia que possa acolher as dificuldades específicas dos estudantes, possibilitando da mesma forma o protagonismo que tanto falamos até aqui. Será que estamos promovendo a criticidade ao apenas “ligar” a pessoa com necessidades especiais a outras, de modo que essas façam o que aquela “não tem condições de realizar”, ou devemos oportunizar que o estudante possa tornar-se autônomo no seu processo de ensino-aprendizagem?

Os resultados expressam a necessidade de aprendermos a trabalhar com as diferenças, e não apenas oferecermos ações paternalistas, as quais não possibilitam o aprendizado real, pois desse modo simplesmente encobrimos as dificuldades. Como pensamos o ensino acolhendo todo esse universo, se não estabelecermos estratégias que permitem (re)conhecermos processos e dispositivos pedagógicos que permitam trabalhar com o diferente?

Entendemos que essa dificuldade está relacionada às Instituições de ensino como um todo. Dessa forma, precisamos refletir sobre como incluímos esses estudantes no processo de aprendizado, pois isso é pensar e agir o processo pedagógico a partir da lógica da integralidade, do olhar ampliado e responsável com um ensino libertador e crítico, logo, não meramente paternalista.

A relação pedagógica dialógica e democrática tem compromisso com a aprendizagem do estudante, sendo que isso não pode ficar de lado em função das mais diversas dificuldades relatadas. Logo, tais dificuldades precisam ser consideradas e problematizadas em âmbito institucional, a fim de se encontrar coletivamente caminhos para superar, e não apenas ocultar ou omitir tais desafios. Pois, para os docentes que acreditam em um processo crítico-reflexivo de aprendizagem, o processo de aprendizado não pode ser uma “farsa”, logo, o ensino jamais deve ser simplesmente “facilitado”, por se considerar que os estudantes são “incapazes” de protagonizar o seu aprendizado.

Também, nas posturas mais rígidas, é possível perceber que os docentes preferem ter bem demarcado até onde é permitido estabelecer vínculos com os estudantes, sendo que entendem a hierarquia como importante. Ao se estabelecer esse tipo de relação fica pouco visível a identificação do docente com a turma e com cada estudante, por exemplo, como chamar os estudantes pelo nome, ou ser mais acolhedor nas dificuldades dos mesmos. No sentido da avaliação, não é pensada como um processo, mas como simplesmente a “comprovação” do saber,

portanto, não promove reflexões. Sendo que, por vezes, nem as avaliações coletivas relacionadas à disciplina tem efetivamente essa característica crítico-reflexiva, aspecto comprovado pela possibilidade em “substituí-las” por uma outra avaliação individual, caso o acadêmico precise faltar, como explicitado na subcategoria 3.2.

Para entendermos melhor sobre essas posturas docentes e suas características, Reibnitz e Prado (2006) expressam uma síntese das diferentes correntes que estruturam os modos de ensino-aprendizagem, em 3 grandes concepções:

a) Ensino tradicional (autoritário): tem o objetivo de acomodar e fazer os estudantes se adaptarem a realidade social, é autoritário e rígido, a forma de aprender é passiva pelo depósito de conteúdos onde o propósito é decorar, relação do grupo é competitiva e a participação é quase nula. A avaliação é baseada na quantidade de informação trazida pelo estudante, é punitiva e realizada pelo docente e instituição.

b) Ensino progressista (paternalista): tem o objetivo de ensinar para modificar algumas coisas, porém sem modificar a ordem instalada, é paternalista e possui um controle bondoso onde é preciso “tomar conta dos estudantes”. Possui o entendimento de que eles não conseguem caminhar sozinhos, não tem essa capacidade. É permitido expressar ideias e refletir, mas o docente diz o que é certo e errado, tem o domínio e o controle da situação e da turma. A forma de aprender ainda é a memorização, sendo que a participação é dirigida pelo docente. A avaliação é muito importante e em alguns momentos ela tem a participação dos estudantes.

c) Ensino Libertador (crítico): tem por finalidade transformar e libertar a sociedade, estudantes ativos e capazes de protagonizar seu conhecimento, assumir responsabilidades. O diálogo é aberto e todos se educam e aprendem, há construções em grupo, ação e reflexão em qualquer espaço. Avaliação é contínua e considerada uma etapa do processo de aprendizagem. Estudantes e docentes participam da avaliação uns dos outros no sentido de proporcionar a oportunidade de reforçar aspectos positivos e os que precisam ser melhorados a partir de aspectos objetivos e subjetivos.

É preciso refletir sobre esses modos de ensinar e aprender e perceber quais estão mais presentes nas práticas docentes, se faz necessário superar a prática reinterativa/imitativa da reprodução de uma ordem autoritária e transmissora como fomos ensinados e que acaba por ser reproduzido, visto que a grande maioria dos docentes da área da saúde não tem uma formação pedagógica específica para a docência.



Também identificamos outros componentes que podem dificultar esse repensar da prática pedagógica, ao observar que

(...) currículos oferecem pouca ou nenhuma possibilidade de desenvolvimento da autonomia, sobretudo quando se verifica que, por um lado, os docentes estão sob pressão para transmitir um rol de conteúdos e, por outro lado, os alunos estão perpetuamente envolvidos numa cultura escolar baseada na memorização e em resultados (MARQUES; OLIVEIRA, 2016, p. 193).

Considerando tudo isso, e os movimentos já conquistados na disciplina de Interação Comunitária, percebemos que ações educativas a partir de uma proposta crítico-reflexiva é um processo que está se construindo, à medida que os docentes se identificam, se auto avaliam e permitem-se renovar as práticas, logo, percebem-se como seres inacabados que estão em permanente aperfeiçoamento (FREIRE, 2016).

É importante destacar que a disciplina de Interação Comunitária tem um número considerável de docentes com uma postura libertadora, sendo interessante perceber que eles acreditam e vivenciam esse processo, de prática horizontal, dialógica, potencializando o protagonismo dos estudantes. Porém, alguns referem a preocupação de que o estudante pode confundir essa relação mais acolhedora e afetiva, com um descompromisso com a disciplina, pois referem que os acadêmicos expressam que o docente que “mais sabe” é o autoritário que não permite o diálogo e proximidade, aspecto que expressa a lógica tradicional que os estudantes ainda são “formados” no ensino médio e fundamental.

Considerando isso, Freire (2013) refere que é importante exercer o bom senso, esse é que sinaliza ao docente que a autoridade não é o mesmo que ser autoritário, quando define e pactua com os estudantes a proposta assumida como Plano de Ensino, toma decisões de modo democrático e com seriedade, orienta atividades, estabelece tarefas, cobra produção individual e coletiva, essas são ações que dizem respeito a autoridade docente, a qual jamais deve ser desconsiderada ou banalizada. Porém, Freire (2013, p. 60), nos anuncia que “não resolvemos bem, ainda, entre nós, a tensão que a contradição autoridade-liberdade nos coloca e confundimos quase sempre autoridade com autoritarismo, licença com liberdade”, pontos que precisam ficar

bem esclarecidos quando se estabelece uma relação pedagógica crítico-reflexiva.

Os resultados nos instigam a refletirmos, será mesmo que o “bonzinho” é mal visto pelos estudantes? A partir da lógica Freiriana, o docente precisa na prática pedagógica definir com os discentes regras claras no processo de ensino-aprendizagem. Contudo sempre considerando as diferentes situações com responsabilidade e ética, sendo que essas promovem o estabelecimento de uma relação de amorosidade, com respeito a relação docente-discente, sempre mediada pelo diálogo. Para Freire (2016), esses são componentes que promovem a autoridade e não o autoritarismo.

Todo o docente passa pelo julgamento dos estudantes, todos deixam suas marcas, por isso, a prática pedagógica precisa estar atenta à leitura que eles fazem da atividade proposta, o significado do silêncio, do sorriso, da retirada da sala. O espaço pedagógico precisa ser lido e interpretado, sendo que a presença da solidariedade faz toda a diferença para a constituição de uma aprendizagem crítica e libertadora (FREIRE, 2016).

Entendemos que é um processo humano e que o docente libertador e seguro dessa escolha, se constrói a partir das vivências e das concepções de educação que tem, que quer arriscar, promover e transformar.

Trazendo para a área da saúde, se acreditamos na integralidade da atenção, sabemos que os profissionais precisam ter um conhecimento específico relacionado às técnicas e procedimentos. Porém, necessitam também problematizar o instituído, promover a mudança e construir relações horizontais e libertadoras junto aos usuários, pois se atuam na lógica da integralidade, acreditam que os usuários são capazes e devem ser corresponsáveis pelo seu cuidado, aspecto essencial quando falamos em Projeto Terapêutico Singular.

Contudo, considerar o protagonismo dos usuários, constatou-se que também é um desafio expresso na construção de ações coletivas propostas na disciplina. Em uma observação realizada de uma atividade coletiva, onde os docentes da disciplina estavam planejando os questionários a serem aplicados na comunidade, para a realização do diagnóstico de vida e saúde, notamos que não houve a consideração da opinião dos moradores sobre que atividade poderia ser realizada no bairro ao final do semestre, sendo essa definida pelos próprios docentes, segue abaixo a descrição dessa observação:

(...) Durante a reunião de planejamento, um dos docentes refere que a disciplina precisa ser realmente uma interação com a comunidade, pede aos colegas que digam se ele está equivocado, mas que pensa que deveriam ser atividades mais interativas e descontraídas no dia da finalização da disciplina. Todos dão ideias e se chega à conclusão de que então cada eixo pode pensar em uma atividade na comunidade que esteja ligada ao seu propósito (mutirão da limpeza, ação com a escola). Inclusive fazendo parcerias com demais órgãos da prefeitura, escolas, mas em nenhum momento os participantes expressaram que iriam perguntar para a comunidade o que poderiam realizar (O/Coletiva).

Destaca-se que a disciplina promove o contato com a comunidade em três momentos: a) ao reconhecer o território - momento de visita à comunidade e à Unidade Básica de Saúde; b) ao visitar os moradores, os quais são convidados a responderem um questionário de vida e saúde, que apresenta perguntas relacionadas a 8 eixos temáticos; e, c) em discussão e demonstração dos dados através de alguma atividade na comunidade, com a participação também da unidade de saúde.

Na coleta dos dados, foi possível perceber que, embora os docentes acreditem que a disciplina precisa proporcionar momentos de interação com a comunidade, fica a cargo da universidade, através dos estudantes, com respaldo dos docentes, propor e planejar as atividades. Nesse sentido, cabe refletirmos, por que a comunidade não é ouvida sobre que ações poderiam ser realizadas no terceiro momento? Por que não incluir no questionário uma pergunta relacionada a opinião deles sobre essa atividade específica, já que a finalidade é a interação com a comunidade?

Esses resultados servem para refletirmos que ações construímos com os estudantes e como essas ações se refletem na futura prática profissional sob o eixo da integralidade? A relação pedagógica liberadora que queremos construir com os estudantes, também precisa ser estendida para as atividades a serem realizadas com a comunidade. Pois, desse modo, efetivamente conseguiríamos dirimir práticas autoritárias e paternalistas, por “acharmos” que a comunidade não sabe

o que é melhor para si, e construir ações considerando o protagonismo dos envolvidos no processo.

### **Subcategoria 3.5:** Situações desafiadoras na relação com o estudante

Sete (7) docentes relatam situações desafiadoras vivenciadas com os estudantes. Três deles relataram dificuldades em situações em que foram pressionados por parte dos estudantes em relação a avaliação e a presença em sala de aula, exigindo uma postura crítica e reflexiva do docente com o estudante. Como comprovam os depoimentos abaixo:

Na verdade eu vi que ele tentou me confrontar porque ele estava correndo risco de perder bolsa se ele reprovasse, mas ele tinha 52% de presença na disciplina, aquele momento foi bem angustiante para mim, mas na hora o que eu fiz foi dizer: “olha eu não posso decidir isso sozinha então vamos dividir isso com a coordenação do curso para ver qual é a melhor forma de conduzirmos isso, se a coordenação me autorizar fazer uma atividade extra podemos rever, porque não é 2, ou 3, ou 5 % a mais de falta, é um terço da disciplina, então eu não posso decidir isso sozinha (E/Isabel).

Teve uma situação que eu me esqueci de validar uma presença, num dia que a pessoa foi para a aula, e então ela mandou e-mail bem forte assim, num tom mais agressivo, mas era só porque eu havia esquecido de dar presença naquele dia. Então eu retornei para ela, pedi desculpas por causa disso e sugeri uma nova escrita, quando ela fosse se dirigir a algum caso com outro professor, porque isso também é um processo de aprendizagem, não se aprende só na sala de aula, se aprende em um e-mail também (E/Jesus).

Quatro docentes relataram momentos desafiadores ao ministrar a disciplina relacionada à saúde pública devido ao descrédito e insatisfação em relação ao SUS e a uma visão distorcida da política de saúde. Também relatam que os estudantes quando se fala em políticas públicas, equivocadamente fazem uma relação a um partido político específico. Os depoimentos abaixo demonstram essa descrição:

(...) principalmente quando lidamos com uma Política pública de saúde que tem muitos olhares de resistência sobre ela, falar do SUS hoje é muito desafiador porque as pessoas já tem algumas percepções que muitas vezes são percepções criadas pela própria mídia e que não são da vivência, pessoas que não utilizam muito o serviço, utilizam de forma indireta, mas muitas vezes não se veem nesse cenário e aí é mais fácil a crítica, então já vivenciei muitas vezes isso e é um desafio porque tu precisa mostrar que não é só isso, mas ao mesmo tempo também temos situações que foram vivências daquela pessoa com o serviço, por isso essa insatisfação (...) então eu procuro trazer sempre essas questões, de que sim, ele (SUS) tem suas dificuldades, seus desafios, seus problemas, mas que isso não tira tudo o que ele tem de bom e que eles são responsáveis também por formar o SUS que a gente quer, então eu procuro trazer isso, mas acontece constantemente por ser uma política que todos nós vivenciamos (E/Joana).

Como eu trabalho mais a parte da saúde coletiva, então muitas vezes é algo, que pela mídia, o que é veiculado, parece que é alguma coisa que não chama atenção, que é uma área que tudo é ruim, e então tem que trabalhar na questão, na ótica de que nós precisamos de pessoas que venham a construir essa área, que venham construir um sistema de saúde, e também que fique claro que, mesmo que eles vão atuar em uma coisa completamente diferente, nós precisamos de pessoas que acreditem e que venham a defender um sistema de saúde público para todas as pessoas (E/Ana).

Como nós transitamos pelas questões de políticas de saúde e todas essas questões, perpassamos por temas que mexem um pouco com as questões ideológicas, político-partidárias, mas eu sempre procurei respeitar, nunca atuei no sentido de pregar grandes verdades, pois a grande maioria são temas que não temos como fechar um consenso, então os embates sempre foram no sentido de respeito à opinião (E/Jesus).

Com relação situação desafiadora relacionada a avaliação descrita no primeiro depoimento, a docente teve uma postura crítica, pois, não cedeu a pressão exercida pelo estudante, entendendo que não teria como ser irresponsável com o processo de construção da disciplina, pois o estudante não tinha alcançado nem 50% das presenças necessárias, dialogando com a coordenação do curso sobre a situação. Nesse caso, considerando a lógica da integralidade, talvez o que poderia ter sido feito era um contato com o estudante quando o docente percebeu que ele estava esgotando o número de faltas permitidas, pois estaria evitando chegar a essa situação.

No segundo depoimento, o docente é humilde ao pedir desculpas, mas também faz uma reflexão sobre a forma como a estudante escreveu o email e como deveria se reportar em outra situação semelhante. Docente considera que em qualquer interação com o estudante é preciso provocar reflexões e aprendizado, sendo que o respeito na relação estabelecida entre docente e discente é algo que precisa sempre ser enaltecido para a construção atitudinal do futuro profissional da saúde.

Podemos considerar que em diversos momentos será necessário a tomada de decisões e é preciso realizá-las de forma crítica, nem sendo autoritário e nem sendo paternalista, mas sim, exercendo a autoridade. Acreditamos que o bom senso do docente possibilita uma decisão mais coerente, pois ao mesmo tempo em que o docente pode entender as dificuldades do estudante, ele também não pode ser passivo em relação a irresponsabilidade frente a construção de sua aprendizagem.

Quanto às questões de resistência e descrédito dos estudantes em relação ao SUS, conforme os demais depoimentos expressos, percebemos que os docentes respeitam as opiniões. Alguns provocam reflexões sobre a temática, inclusive incluindo o estudante como protagonista dessa construção de um sistema de saúde qualificado, contudo, em outros há uma fragilidade na defesa de uma política pública que é feita por todos os brasileiros e brasileiras, sendo na condição de gestores, de trabalhadores ou de usuários, logo, todos somos responsáveis por esse sistema dar “certo”, ou “errado”.

As discussões relacionadas ao SUS e questões político partidárias estão muito presentes na mídia atualmente. Muitas delas enraizadas no senso comum, que Freire (2013) refere como a curiosidade ingênua. Contudo, à medida que ela se torna metodicamente rigorosa através da busca pelo conhecimento, da apreensão da realidade e do desenvolvimento de uma perspectiva crítica, ela se torna curiosidade epistemológica. Dessa forma, o docente precisa ter respeito pelo senso comum dos estudantes, pois ele não vem do acaso, porém não pode se

isentar de sua responsabilidade em problematizar, discutir sobre essas temáticas, sempre com o intuito de instigar a criticidade dos estudantes apresentando os diferentes olhares sobre o processo.

Se estamos lutando por uma saúde universal e qualificada, os docentes precisam expor seus argumentos à medida que acreditam na transformação da realidade, na formação de profissionais que tenham a integralidade em suas práticas, na busca por um comprometimento ético e coletivo, já que todos somos responsáveis por esta construção.

**Subcategoria 3.6:** Desafio em conseguir tornar a aula atrativa para os estudantes

Seis (6) docentes trouxeram como desafio conseguir desenvolver suas atividades envolvendo a turma de modo integral. Em relação aos motivos, houveram depoimentos relacionados à temática da saúde pública, que por ser um tema pouco explorado em sua essência, ainda não desperta a curiosidade dos estudantes de fases iniciais. Outro fator relatado foi que a geração dos estudantes não consegue focar por muito tempo no mesmo assunto e que nesse momento talvez não julguem importante aquele conhecimento. A utilização do celular também foi um dos motivos relatados. Três docentes referiram que esse desinteresse pode ser também pela questão dos estudantes trabalharem durante o dia e estarem mais cansados no período noturno. Diante disso, quatro deles concordam que metodologias diferenciadas são importantes para estimular a participação dos estudantes nas atividades em sala de aula. A seguir depoimentos que expressam essas constatações:

Tentamos fazer expositiva dialogada e as vezes não acontece esse diálogo, ele não acontece às vezes porque eu falo de um determinado serviço que ninguém fala, que as mídias não falam, trazemos autores, mas é algo desconhecido, como se fosse algo que não existe, e então até as pessoas se darem conta para fazerem perguntas. (...) Tem vezes que parece que só uns estão interessados, como nosso curso é noturno, as vezes tu tens que fazer aulas concentradas, tu tens alguns alunos cansados, porque eles trabalham, eu tenho alunos que eles vem de lugares mais longe daqui, outras cidades ou talvez até cidade próximas mas que eles tem que levantar cedo, eles caminham não sei quanto para chegar na parada do ônibus, pegar o

ônibus, se deslocar pra ir trabalhar, depois pensar em vir ainda estudar, essas pessoas chegam cansadas e as vezes até procuram alguma coisa diferente, fica difícil até pra eles se desligarem um pouco das outras coisas, para estar entrando no espírito daquela aula, então são dificuldades (E/Ana).

(...) o que talvez temos que mudar é a forma de como passamos o conteúdo para eles, de uma maneira que consiga prender a atenção de formas diferentes, pois se ficar na mesma metodologia tu sabes que essa geração não consegue focar por muito tempo no mesmo ponto digamos, não que seja uma coisa ruim, é uma coisa diferente (E/João).

As vezes a aula é a noite, eles estão desinteressados, ficam no celular, então as vezes eu tenho dificuldade de quando a aula é mais teoria, de prender a atenção dos alunos, de chamar a atenção deles e fazer com que eles se interessem, mas sem pressionar ou de ser grossa ou de ser autoritária, enfim. Eu tento fazer de uma forma mais dinâmica e com metodologias diferentes, para que eles se interessem pela aula, mas essa dificuldade está cada vez mais presente (E/Carla).

A inovação tecnológica surgiu para melhorar inclusive os processos pedagógicos, por outro lado também, ela dissipa, faz com que as pessoas estejam aqui e estejam em todos os lugares ao mesmo tempo. Eu acho que temos que aperfeiçoar muito esses mecanismos para que possamos melhorar a relação pedagógica, inclusive utilizando dos recursos tecnológicos que temos acesso (E/Jesus).

(...) só que não adianta, tem algumas coisas que a absorção ela não é momentânea, ela é ao longo da experiência da vida e então não tem jeito de tu querer empurrar na cabeça deles que o que tu estás falando pode ser importante, um dia eles vão precisar e eles vão lembrar e irão atrás pelo menos do teu embasamento (E/Anju).

Em relação à temática da saúde pública, já discutimos na subcategoria 3.5, foram associados alguns fatores que podem dificultar o



interesse do estudante. Na verdade, também temos que pensar o quanto o docente instiga para essa discussão específica sobre o SUS, o quanto torna isso relevante, pois como vimos na subcategoria 3.2, ainda há um desprezo de outras disciplinas frente as disciplinas relacionadas a saúde coletiva. Certamente isso também influencia no interesse do estudante.

Considerando a questão do cansaço dos estudantes, refletamos que estar cansado não pode ser o motivo para que o docente torne o ensino paternalista, mas que possa utilizar outros tipos de metodologias e prazos para entrega das atividades, de forma a instigar o protagonismo, como faz em qualquer outro turno. Logo, o docente que acredita em uma postura crítico e libertadora, deve evitar considerar o estudante um “coitadinho”, que não tem capacidade para realizar as atividades, mas sim, incentivá-lo a acreditar na sua capacidade em desenvolver as atividades, mesmo que precise de mais prazos para tal.

Quanto à utilização do celular, há duas possibilidades, ou se pactua no primeiro dia de aula a utilização do mesmo, ou podemos utilizá-lo como uma ferramenta de aprendizagem. Se antes a forma de ter acesso ao conhecimento era somente através do docente e dos livros, agora a internet é um dos recursos mais utilizados para essa busca. Diante disso é preciso utilizar como estratégia que possa se aliar ao ensino (SCHLEMMER; ROVEDA; ISAIA, 2016). O que pode ser feito é ter um diálogo reflexivo com a turma para que docente e estudante possam pensar em como utilizar as ferramentas tecnológicas na relação pedagógica, para possam favorecer o ensino e não dificultá-lo, é importante que o docente aproveite a potência do recurso tecnológico e, por exemplo, explique ao estudante, espaços confiáveis para busca de conhecimento científico, que explique o porquê na universidade, como futuros profissionais da saúde não devem construir conhecimento utilizando fontes que não sejam científicas (LIMA, et al., 2016).

Temos que ter cuidado para que a formação não se torne algo mecânico onde nos confortamos com a ideia de que o estudante não está interessado e que o docente está fazendo a sua parte em “passar” o conhecimento. Na verdade, acreditamos que essa postura é extremamente perigosa. Como já discutimos anteriormente, nossa cultura vem de um ensino vertical, onde o estudante não tem voz, portanto, estimular que essa voz apareça e que essa construção aconteça é um desafio para o docente. É ele que precisa potencializar e fazer acontecer a reflexão e a criticidade diante das temáticas abordadas, claro que talvez tenham vários desafios, mas é preciso seguir acreditando que é possível construir relações pedagógicas baseadas na integralidade, crítica e reflexão.

**Subcategoria 3.8:** Dificuldade do docente em aprofundar aspectos importantes da saúde coletiva e promover a problematização por meio do diálogo

As dificuldades relacionadas à prática pedagógica dos docentes estão relacionadas ao domínio do conhecimento, a reflexões e problematizações das temáticas da saúde coletiva com os estudantes e a relação teórico-prática mediatizada pelo diálogo. Conforme apresentado a seguir:

(...) durante a apresentação expositiva, o docente falou sobre a participação popular em saúde, disse que a participação em conselho de saúde está condicionada à representação de alguma instituição, não explicou as diferentes instâncias e também não instigou a participação dos estudantes como futuros profissionais de saúde (E/Ana).

Durante a conversa com a turma antes de se deslocarem ao território, docente explica que estarão conhecendo a realidade de dois bairros, para posteriormente aplicarem os questionários com a comunidade e promoverem a feira de saúde, no final do semestre. Não combina pontos a serem observados (...) Na aula posterior não faz reflexões a respeito da visita e nem retoma pontos importantes sobre o território (O/Maria).

Estudantes fazem uma apresentação em power point, cada grupo apresentou um determinante da saúde, docente já havia combinado previamente que essa seria uma forma de avaliação. No geral as apresentações foram somente o repasse de informações, houveram poucas reflexões sobre a situação de saúde de modo ampliado. Docente não se manifestou em nenhum momento, deixou eles apresentarem, inclusive comentou comigo que não faz intervenções na apresentação deles. Algumas temáticas que surgiram como, por exemplo, a questão da insegurança, área de risco, violência, drogas, situação de saúde, pouca procura para a prevenção, pouca participação em grupos da unidade de saúde, lista de espera do SUS, nada foi problematizado pelo docente (O/Anju).

Percebemos que alguns professores não têm clareza de aspectos que envolvem as políticas públicas de saúde, em especial a estruturação do próprio SUS. Por exemplo, houve um equívoco relacionado à explicação sobre a participação popular em saúde, pois qualquer pessoa pode participar de reuniões em conselhos locais de saúde. Em outras instâncias, como o conselho municipal de saúde, há representatividade para votação, porém também não restringe a participação. O professor poderia inclusive ter estimulado a participação nesses espaços, pois é a forma que todos nós temos de participar das decisões relacionadas a saúde pública.

No que diz respeito a situação da visita ao território, a docente não combina os principais pontos a serem observados na visita e nem realiza a problematização dos aspectos trazidos pelos alunos em aula posterior. Um estudante que nunca visitou uma Unidade de Saúde precisa saber o que minimamente deve observar, o que ele trazer a mais deve ser enaltecido e problematizado por meio do diálogo, principalmente, os pontos mais importantes que geraram dúvidas ou desconfortos desse contato com a realidade. Bem como, ao retornar à sala de aula, é indispensável que se dialogue sobre os diversos olhares desses estudantes, de modo a problematizar o que foi observado e registrado, associando a teoria com a prática.

Na terceira observação, o docente não mobiliza o diálogo e reflexão a partir dos pontos apresentados pelos estudantes, justificando que por ser uma nota de avaliação, não estaria interrompendo o acadêmico. Conforme já discutido anteriormente, é preciso que o docente respeite a visão de mundo dos estudantes, porém, ele precisa instigar e auxiliar para que os estudantes possam desenvolver a curiosidade epistemológica, para além do senso comum.

Nesse sentido, ele precisa dar a direcionalidade para que isso possa acontecer, bem como, mobilizar a discussão e reflexão, instigando os estudantes a pensar se o que estão apresentando está correto. Esse movimento pode ser feito por meio de perguntas disparadoras de diálogos sobre o que está sendo apresentado, de modo que o docente consiga expressar itens que já tem em sua bagagem de conhecimento e respeitar a construção que está sendo realizada pelo acadêmico.

Outro aspecto que precisa ser considerando nessa relação que visa uma postura crítico-reflexiva, foi o apresentado na subcategoria 3.1 em que os próprios docentes relataram que o contato com a prática é um elemento que potencializa a visualização da integralidade, logo, porque não aproveitam esse momento para instigar um olhar ampliado? “O professor libertador nunca pode se calar a respeito das questões sociais,

não pode lavar as mãos em relação a esses problemas” (FREIRE; SHOR, 2000, p. 207), ainda mais se tratando dos determinantes sociais na saúde, é preciso instigar a criticidade por meio do diálogo.

Se temos o compromisso com uma formação de futuros profissionais mais adequada para atender as necessidades da população a partir da lógica do SUS, precisamos potencializar momentos dialógicos, pois “as vivências realizadas nos serviços de saúde precisam ser problematizadas para que os estudantes possam se dar conta da relação entre teoria e prática, da criação de novos olhares e possibilidades para a intervenção (GUIZARDI et al, 2011, p. 173).

Em algumas subcategorias apresentadas ao longo dos resultados, percebemos que há por parte de alguns docentes uma incoerência entre o discurso e a prática. Pois, ora expressam uma postura pedagógica inovadora e libertadora, mas em certos momentos, “escorregam” em práticas estruturadas a partir de uma vertente tradicional ou paternalista.

Percebemos na situação apresentada a seguir que a docente expressa a importância em refletir sobre a prática, porém, isso ainda não se materializa em sua ação pedagógica, o que se configura como sendo uma práxis reflexiva para Vázquez (2007).

(...) de estar junto para discutir quando se realiza alguma prática, porque eu posso observar e eu ver determinadas coisas e o outro pode observar e ver outras coisas completamente diferentes, o olhar, o como tu olha, tem a ver com a tua história, também acho que o que é mais prático não é tão cansativo, tão massante porque tu vê as coisas acontecerem (E/Ana).

Uma estudante perguntou sobre a atividade do dia de hoje e então o docente falou que estavam indo conhecer o território, nesse momento uma outra estudante pergunta se iriam acordar alguém, no sentido de fazer visitas nas residências, docente diz que a aplicação dos questionários no território será em outro dia. Pareceu que a docente não havia explicado sobre a atividade de campo, nem havia orientado em relação ao tipo de observação a ser realizada, ou se foi o caso de estudantes terem faltado no dia da explicação, não houve um momento para retomar e “alinhar” esse processo de entrada no campo. Na aula seguinte mostrou fotos do território e não instigou a problematização em relação a situação de

saúde/social da comunidade, a aula foi de transmissão do conhecimento sem promover reflexões sobre o que foi observado(O/Ana).

Esse “descompasso” entre o que é falado, para o que efetivamente é vivido pelos seres humanos, Vázquez (2007) em seus estudos define como “níveis de práxis”, sendo que os critérios para análise dos diferentes níveis, são definidos pelo grau de criação e de consciência crítica revelado pelo sujeito no processo prático de suas ações.

Para Vázquez (2007, p. 189), “pelo fato de propor-se objetivos, o homem [por vezes] nega uma realidade efetiva, e afirma outra que ainda não existe”. Nesse sentido, a práxis apresenta-se em diferentes níveis, sendo eles: práxis criadora ou inovadora/transformadora, práxis reflexiva, práxis espontânea e, práxis reiterativa ou imitativa.

A práxis criadora ou inovadora/transformadora é concebida como uma ação que cria algo novo, por meio da intervenção da consciência e da prática humana. Nesse nível de práxis, o grau de consciência é alto, e buscamos a reflexão e a criação do modo de criar (VÁZQUEZ, 2007), logo, o ser humano já realizou uma reflexão sobre a sua ação, constatou o que gostaria de modificar, consegue expressar verbalmente sobre como é o modo ideal para realizar algo diferente e consegue efetivar essa mudança em sua prática.

Para Vázquez (2007), a práxis reflexiva é o primeiro passo para se atingir uma práxis criadora, pois, nesse nível, teoricamente (ao nível de consciência) e no plano do discurso, os sujeitos sabem o que devem fazer para inovar, criar, mudar; porém, no plano real, isso ainda não é atingido, limitando-se a uma práxis espontânea, na qual o sujeito tem um nível de consciência presente, porém, reduzido, sobre si mesmo e em relação ao processo social que o cerca.

A práxis reiterativa ou imitativa, para Vázquez (2007), também é um nível de práxis, porém inferior em relação a práxis criadora, uma vez que esta ação consiste em repetir ou imitar outra ação. Assim, ela não produz uma mudança qualitativa na realidade presente, ou seja, ela não produz uma nova realidade. Contudo, pode contribuir para ampliar a área do já criado, pois multiplica quantitativamente uma mudança qualitativa já produzida, sendo que o grau de consciência humana é limitado. Caracteriza-se pela determinação e previsibilidade do processo e do resultado, logo, o processo e o produto podem ser determinados e previsíveis, sendo que o produto não é único, uma vez que pode ser repetido.

As práxis reflexiva e espontânea podem ser compreendidas como subníveis da práxis criadora, pois esta pode encontrar-se ora mais reflexiva, ora mais espontânea. Porém, a práxis reiterativa, por seu caráter mecânico e repetitivo, não apresenta nenhum nível de consciência, por menor que seja, como no caso da práxis espontânea. Assim, para Vázquez (2007, p. 286),

[...] a práxis criadora pode ser, em maior ou menor grau, reflexiva e espontânea. A práxis reiterativa acusa uma débil intervenção da consciência, mas não é por isso que se pode considerá-la espontânea. Nesse aspecto, a práxis mecânica, repetitiva se opõe tanto a atividade prática reflexiva como a espontânea.

Frente ao exposto, Freire (2016) aponta uma nova compreensão do diálogo, apresentando-o com um caráter eminentemente político. Para o autor, o diálogo não é só um encontro de dois sujeitos que buscam o significado das coisas – o saber, mas um encontro que se realiza na práxis – ação mais reflexão, no engajamento, no compromisso com a transformação social, apresentando-se novamente a ação modificada. Dialogar não é apenas trocar ideias, pois o diálogo que não leva à ação transformadora é puro verbalismo. Portanto, o diálogo libertador implica assumir compromissos, comprometer-se, configurando desse modo a ação-reflexão-ação, ou seja, na práxis criadora/transformadora expressa por Vázquez.

**Subcategoria 3.9:** A sobrecarga do docente e o tempo na docência podem afetar a relação pedagógica

Três docentes relataram preocupar-se com a questão da sobrecarga de trabalho e que isso pode afetar a qualidade da relação pedagógica, um deles refere que gostaria de ter mais tempo para pensar e qualificar o processo de ensino, mas que as demandas do dia a dia e a sobrecarga de atividades acaba tomando todo o tempo. Outro também trouxe a questão do tempo na docência, de ser um desafio continuar com essa empolgação e determinação em estabelecer essa relação pedagógica mais cuidadosa. Conforme expresso a seguir:

Porque daqui a pouco tu sentes que tu não estás mais naquela energia afetiva mesmo, de poder se dedicar mais, de poder investir mais no teu trabalho, então se tu se permite chegar numa

situação onde realmente estás no teu limite, isso acaba aparecendo na sala de aula e as vezes tu nem se dá conta, as vezes é um colega que dá um toque, as vezes é o próprio aluno que dá um toque (E/Caterine).

Eu acho que a minha maior dificuldade hoje é tempo, pela realidade que eu estou vivendo agora, mas eu escuto de muitas pessoas que querem trabalhar e pensar o processo de ensino com mais cuidado, porque eu preciso de mais tempo para pensar estratégia, para pensar o plano de aula, para pensar a avaliação, para que a avaliação não seja tão objetiva, para que eu consiga pensar uma estratégia de devolver a avaliação e reavaliar junto, então muitas vezes eu acabo fazendo coisas mas que eu queria fazer melhor, me sinto com pouco tempo para pensar e estudar essas coisas, eu tenho vontade de sistematizar um pouco mais e avaliar se aquilo está dando certo ou não, mas não consigo, não consigo atingir isso (E/Isabel).

Eu estou há um ano e meio na docência, eu não sei como eu vou ser daqui dez anos, cinco anos enfim, talvez eu esteja nessa empolgação agora, mas eu tenho me cobrado muito no sentido de propiciar aquele momento satisfatório, mas eu fico pensando que também tem essa questão que tu começa a estar sobrecarregado com muitas coisas no ambiente estudantil, de trabalho e essa relação tu acabas “engembrando” isso, adaptando ou “fazendo um bico” eu percebo isso em alguns colegas, mas talvez não é nem culpa do próprio profissional, mas é culpa de todo sistema que as vezes te enche de funções que não acabam mais, por exemplo: hoje eu vou dar aula para esta turma, essa turma tem o fulano, tem o ciclano, tem o beltrano, isso é tu estabelecer uma relação pedagógica e não simplesmente puxar um slide, e jogar a aula, e essa questão de quando tu estás a muito tempo com essa prática começa a cauterizar determinados pontos e é isso que eu me preocupo, e eu me cobro constantemente para que eu não venha cauterizar esse processo, por mais tempo que esteja ali, que sejam tempos bons naquele ambiente de trabalho (E/Jesus).

Pelo que percebemos, essa preocupação em relação a sobrecarga e a falta de tempo para o planejamento e avaliação da prática docente é justamente por terem consciência do que envolve a prática pedagógica, de sua intencionalidade na formação dos estudantes. Essa dificuldade em relação à falta de tempo é um componente que está muito presente nos dias atuais, cada vez mais estamos sobrecarregados de atividades e isso pode favorecer que as práticas se tornem mecanizadas.

Porém, é preciso se dar conta de que para a formação se tornar libertadora e criativa, ela precisa de docentes curiosos e críticos, e que possam refletir sobre sua prática

Nos damos conta de que fazemos mas não indagamos das razões por que fizemos. É isso o que caracteriza o nosso mover-se no mundo concreto da cotidianidade. Agimos nele com uma série de saberes que ao terem sido aprendidos ao longo de nossa sociabilidade viraram hábitos automatizados. E porque agimos assim nossa mente não funciona epistemologicamente (FREIRE, 2013, p. 107).

Talvez esse seja o maior desafio, o fato do docente continuar constantemente buscando novos conhecimentos e novas formas de motivar o estudante, para que ambos sigam vivenciando momentos satisfatórios. Essa foi a preocupação relatada por um dos docentes, que a docência após muitos anos possa se tornar mais uma função da qual fica relacionada somente à uma prática cristalizada onde não se busca a renovação.

Acreditamos que tudo isso tem a ver em como os docentes se veem enquanto formadores de profissionais de saúde que futuramente estarão exercendo suas profissões e também refletindo sobre a saúde com outras pessoas, em um território ou serviço que tem suas especificidades. Como queremos que esses profissionais atuem? Essa é uma importante reflexão a ser feita por todos que atuam junto a formação no ensino superior. Acreditamos que a educação permanente também pode auxiliar para que o docente permaneça alerta quanto a esses aspectos.

**Subcategoria 3.10:** Desafios para qualificar os processos pedagógicos na instituição



Alguns docentes discorreram sobre algumas sugestões à instituição que poderiam qualificar a prática pedagógica, como por exemplo, ter uma espécie de núcleo pedagógico que pudesse acompanhar efetivamente e dar suporte na parte pedagógica aos docentes. Específico sobre a disciplina, consideram que o colegiado poderia se reunir mais vezes. As capacitações já ofertadas na instituição serem também no sentido de abordar questões relacionais com o estudante, ter mais incentivo para a formação no sentido de poder afastar-se para fazer mestrado ou doutorado, ter um acompanhamento pedagógico organizado quando os docentes iniciam a função docente, desde suporte a questões práticas do sistema, como uma sensibilização para a relação pedagógica, pois muitas vezes são profissionais que não tem experiência na área da docência, ou docentes que assumem disciplinas que não tinham uma vivência ou familiaridade prévia. Os participantes refletiram também sobre os desafios em aplicar as metodologias que são repassadas nos cursos de capacitação, o quanto se consegue aplicar na sala de aula, quais as dificuldades desse processo. Os depoimentos a seguir expressam essa análise:

Se tu se propõe a contratar pessoas que não tem experiência na área da docência, tu tem que articular de alguma maneira isso para não dar furo sabe, para os professores não se sentirem desamparados e não cometerem falhas que seriam possíveis de tu prever, antecipar e organizar, o que me ocorre é isso como sugestão (E/Caterine).  
 (...) porque uma coisa é desenvolver a profissão, saber fazer, outra coisa é conseguir passar isso para os alunos em si, e isso gera uma dificuldade inicial bastante considerável (...) tem que ter uma pedagogia para conseguir passar essa habilidade, vivência ou conhecimento clínico que inicialmente não tive (E/João).  
 (...) alternativas que poderiam ser incrementadas: aulas dialogadas, participativas, isso, aquilo, tempestade de ideias, etc. Isso se aplica quando, em que sentido, em qual conteúdo, em que momento. Talvez isso ajudaria (...) é que nós precisamos se renovar e o que está faltando talvez são alguns processos desse tipo (E/Anju).

A partir das falas dos docentes entendemos que as sugestões para a instituição seriam em dois aspectos: a) acolhimento do docente e uma

preparação pedagógica e estímulos para a educação continuada, no sentido da formação específica em cursos no início dos semestres, ou incentivos para o processo formal de ensino por meio de mestrado e doutorado; b) ofertar espaços para educação permanente, a qual pode ser realizada pelos pares, ao produzir encontros que possibilitem o diálogo problematizador das experiências vivenciadas.

Entendemos que a formação pedagógica é importante e pelo que percebemos, esta instituição também considera, pois promove momentos para essa qualificação, como já trazido como ponto positivo.

Como há um movimento da universidade em dar oportunidade para docentes que não possuem experiência docente, talvez seja interessante repensar o processo de acolhimento e integração do novo docente, tanto sobre a parte do sistema operacional da universidade, quanto estruturar uma proposta educativa problematizadora, que mobilize um primeiro contato com os referenciais sobre a prática de ensino crítico-libertadora.

Ao refletir sobre a formação dos docentes, consideramos que

O saber pedagógico só pode se constituir a partir do próprio sujeito, que deverá ser formado como alguém capaz de construção e de mobilização de saberes. A grande dificuldade em relação à bons professores é que, se quisermos ter bons professores, teremos que formá-los como sujeitos capazes de produzir conhecimentos, ações e saberes sobre a prática. Não basta fazer uma aula; é preciso saber por que tal aula se desenvolveu daquele jeito e naquelas condições: ou seja, é preciso compreensão e leitura da práxis (FRANCO, 2016, p. 545)

Leitinho e Moraes (2015) defendem a proposta de formação pedagógica como uma política institucional, onde se possa oferecer programas de construção sociopedagógica que contenham espaços coletivos de diálogo, priorizando “um maior entendimento sobre o que significa ser educador e formador de novos profissionais para o mundo do trabalho” (LEITINHO; MORAES, 2015).

Diante disso, entendemos que os momentos coletivos de discussão podem potencializar para que a formação docente seja permanente. Nesse sentido, consideramos a educação permanente em saúde<sup>2</sup> como uma proposta inovadora a ser utilizada com os docentes. Uma prática que permita a reflexão sobre o fazer na docência e suas

implicações, bem como, sobre a intencionalidade da prática pedagógica e a vivência da integralidade no ambiente do ensino, o qual estará refletindo nas demais práticas dentro da Universidade e estimulando também os estudantes nesse sentido.

## 6 CONCLUSÃO

As conclusões aqui expressas se estruturaram a partir da análise crítica das potencialidades identificadas, bem como de algumas reflexões e possibilidades apresentadas na análise e discussão dos resultados. Com o intuito de qualificar a relação pedagógica na formação na saúde, consideramos que a presente pesquisa respondeu ao objetivo de “analisar como os docentes do ensino superior da saúde concebem e vivenciam o princípio da integralidade na relação pedagógica”.

Os resultados nos permitiram concluir que grande parte dos docentes consideram o princípio da integralidade importante na relação pedagógica. Alguns entendem que tornar visível essa prática integral aos estudantes é, de certa forma, tornar-se referência, reproduzindo um conceito que é discutido na teoria, sendo que princípios como, diálogo, respeito, humildade, vínculo e afeto foram ressaltados como essenciais para a construção da prática docente na lógica da integralidade.

Os docentes consideraram que o contato com a prática no SUS pode potencializar a visualização da integralidade em saúde. Desta forma, destacamos que a disciplina “Interação Comunitária” trata-se de uma iniciativa inovadora e transformadora estruturada pelos cursos de graduação da UNESC, que tem a proposta de discutir os determinantes sociais, e se aproximar da realidade da saúde de um território. Nesse sentido, foi possível perceber que a maioria dos docentes possuem um olhar ampliado e promovem a problematização e reflexão sobre as práticas em saúde no SUS, mesmo que por vezes algum ainda estabeleçam uma práxis reflexiva, outros uma práxis espontânea, e poucos uma práxis reiterativa no seu cotidiano.

Ressaltamos a presença de posturas que estimulam o ensino libertador, que acreditam em uma prática horizontal e dialógica, ou seja, aproximam-se de uma práxis criativa e transformadora. Metodologias ativas também são utilizadas por alguns docentes, tornando o estudante ativo e protagonista do seu aprendizado.

Apresentamos algumas limitações percebidas sobre a relação pedagógica estabelecida. Constatamos que alguns docentes não identificam a possibilidade de efetivar a integralidade em todos os ambientes/espacos de ensino aprendizagem, se reportando somente ao contato com a prática em saúde.

Alguns docentes, mesmo sendo a minoria, expressou a prática docente dialógica e problematizadora como limitação, por ainda não conhecer em profundidade essa concepção, sendo que à utilização de

metodologias ativas, não ficou visível na prática de alguns participantes. Identificamos a presença de posturas paternalistas e também de posturas autoritárias na relação com os estudantes. Bem como, fragilidades no sentido de não conseguir estimular ou sustentar as discussões e reflexões sobre o SUS e suas necessidades enquanto sistema de saúde universal e humanizado.

No geral percebemos que, superar o autoritarismo e o paternalismo, buscando exercer a autoridade democrática em sala de aula ainda é um desafio, até mesmo para os docentes que buscam realizar as suas ações balizados por referenciais críticos-libertadores. Alguns referiram que os estudantes ainda não entendem muito bem essa relação horizontal e democrática, causando as vezes uma dúvida em relação ao saber científico do docente.

Consideramos que todos os docentes participantes da pesquisa têm um grande potencial para renovar e aperfeiçoar ainda mais suas práticas, pois mostraram-se abertos e disponíveis para essa discussão. Entendemos que a integralidade na relação pedagógica é algo que precisa ser estimulado como um todo, para que seja vivenciada nos diferentes cenários de ensino aprendizagem e possa impactar de fato na formação dos futuros profissionais de saúde.

Elencamos como relevantes, os espaços de educação continuada que já existem na instituição. Contudo, é necessário que sejam incorporadas temáticas relacionadas a prática pedagógica e a sua intencionalidade, buscando estabelecer tais práticas balizadas em referenciais da Educação Permanente em Saúde.

Acreditamos que essa é a reflexão determinante para que possamos aperfeiçoar a prática docente, e conseqüentemente, ampliar nossas ações considerando referencias de metodologias ativas de aprendizagem. Nesse sentido, é que sugerimos a educação permanente como promotora de momentos onde os docentes possam trocar saberes e discutir sobre a prática realizada e seus desafios a serem enfrentados, bem como, possíveis estratégias a serem compartilhadas.

Espaços coletivos de discussões e interações são muito importantes, tanto para integrar os docentes, como para integrar os estudantes, possibilitando um olhar ampliado ao ensino e à saúde coletiva. Uma formação que possa aliar o conhecimento técnico-científico ao humano e integral, que potencialize a prática pedagógica entre docente e estudante como a propulsora para uma educação comprometida com a luta por uma sociedade mais justa, mais igualitária e por um SUS mais humanizado com práticas efetivamente baseadas na integralidade.

Esse estudo se limitou a entender o fenômeno da integralidade na relação pedagógica, sob a perspectiva dos docentes. Entendemos que é importante que novos estudos sejam realizados sob outros olhares e outras dimensões. Para tanto, deixamos algumas perguntas que poderiam trazer novas contribuições por meio de estudos futuros: qual a percepção dos estudantes sobre a relação pedagógica estabelecida na formação em saúde? Como os acadêmicos identificam a integralidade nessa relação? Como potencializar espaços de educação permanente na docência? Quais as dificuldades para a implantação desses espaços?

Por fim, gostaria de expor o quão desafiador foi pesquisar e discutir esse tema. Mas acima de tudo, quão gratificante foi mergulhar sobre essas temáticas e ter a possibilidade de vivenciar momentos de aprendizado junto aos participantes. Essa caminhada realizada me encheu de esperanças, pois percebo que é possível sonhar e que é possível transformar. Freire me ensinou muito sobre a amorosidade e sobre a prática pedagógica, quero que ele seja meu eterno companheiro nas lutas que ainda virão pela frente na defesa de processos de ensino-aprendizagem que possibilitem os futuros profissionais efetivamente mudar suas práticas a fim de fortalecer o sistema de saúde que acreditamos ser o ideal para a população. Juntos, seguimos acreditando em uma utopia possível e no inédito viável que Freire nos anuncia.

## REFERÊNCIAS

- ALENCASTRO VEIGA, I. P. Formação de professores para a Educação Superior e a diversidade da docência. **Rev. Diálogo Educ.**, Curitiba, v. 14, n.42, 2014.
- ARAÚJO, D.; MIRANDA, M. C. G.; BRASIL, S. Formação de Profissionais de Saúde na Perspectiva da Integralidade. **Revista Baiana de Saúde Pública**, v. 31, Supl.1, p. 20-31, jun 2007. Disponível em: <[https://www.medicina.ufg.br/up/148/o/FORMACAO\\_DE\\_PROFISSIONAIS\\_DE\\_SAUDE\\_NA\\_PERSPECTIVA\\_DA\\_INTEGRALIDADE.pdf](https://www.medicina.ufg.br/up/148/o/FORMACAO_DE_PROFISSIONAIS_DE_SAUDE_NA_PERSPECTIVA_DA_INTEGRALIDADE.pdf)>. Acesso em: 10 out. 2016.
- AROUCA, A.S. A reforma sanitária brasileira. **Tema: Radis**, n.11, p.2-4, nov. 1988.
- ATLAS.TI. ATLAS.ti Scientific Software Development GmbH. Qualitative Data Analysis. Version 7.5.17. Berlin, 2017.
- AYRES. J. R. C. M. A integralidade do cuidado, situações de aprendizado e o desafio do reconhecimento mútuo. In: PINHEIRO, R.; LOPES, T. C. (Org.). **Ética, técnica e formação: as razões do cuidado como direito à saúde**. Rio de Janeiro: CEPESC: IMS/UERJ: ABRASCO, 2010.
- BARROS, M. E. B. Desafios ético-políticos para a formação dos profissionais de saúde: transdisciplinaridade e integralidade. In: PINHEIRO R.; CECCIM, R. B.; MATTOS R. A. (Org.). **Ensinar Saúde: a integralidade e o SUS nos cursos de graduação da área da saúde**. Rio de Janeiro: CEPESC: IMS/UERJ: Abrasco, 2011.
- BARROS, M. E. B.; HECKERT, A. L. C. Sofrimento e adoecimento nos processos de trabalho e formação: entre paralisia e criações. In: PINHEIRO, R.; LOPES, T. C. (Org.). **Ética, técnica e formação: as razões do cuidado como direito à saúde**. Rio de Janeiro: CEPESC: IMS/UERJ: ABRASCO, 2010.
- BARROS, M. E. B.; CESAR J. M. Ação formativa no cultivo de um ethos como competência. In: PINHEIRO, R.; SILVA JUNIOR, A. G. (Org.). **Cidadania no cuidado: o universal e o comum na integralidade das ações de saúde**. Rio de Janeiro: CEPESC: IMS/UERJ, 2011.

BLANK, D. A propósito de cenários e atores: de que peça estamos falando? Uma luz diferente sobre o cenário dos médicos em formação. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 1, jan./abr. 2006.

BERTOLLI FILHO, C. **História da Saúde Pública no Brasil**. 5. ed. São Paulo: Ática, 2011.

BOLZAN, D. P.; ISAIA, S. M. A.; MACIEL, A. M. R. Formação de professores: a construção da docência e da atividade pedagógica na Educação Superior. **Rev. Dialogo Educ.**, Curitiba, v. 13, n. 38, 2013.

BRASIL, **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília, DF, 1988. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constituicao.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm)>. Acesso em: 02 fev. 2017.

\_\_\_\_\_. **LEI Nº 8.080**, de 19 de Setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/L8080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm)>. Acesso em: 02 fev. 2017.

\_\_\_\_\_. Ministério da Educação. **Parecer CNE/CES 1133/2001**. Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação em Enfermagem, Medicina e Nutrição. Diário Oficial da União, Brasília, 2001a.

\_\_\_\_\_. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. **Resolução CNE/CES 3/2001**. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação em Enfermagem. Diário Oficial da União, Brasília. Seção 1, p. 37. 2001b.

\_\_\_\_\_. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. **Resolução CNE/CES 5/2001**. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação em Nutrição. Diário Oficial da União, Brasília. Seção 1, p. 39. 2001c.

\_\_\_\_\_. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. **Resolução CNE/CES 2/2002**. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais



dos Cursos de Graduação em Farmácia. Diário Oficial da União, Brasília. Seção 1, p. 9. 2002a.

\_\_\_\_\_. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. **Resolução CNE/CES 3/2002**. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação em Odontologia. Diário Oficial da União, Brasília. Seção 1, p. 10. 2002b.

\_\_\_\_\_. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. **Resolução CNE/CES 4/2002**. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação em Fisioterapia. Diário Oficial da União, Brasília. Seção 1, p. 11, 2002c.

\_\_\_\_\_. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. **Resolução CNE/CES 2/2003**. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação em Biomedicina. Diário Oficial da União, Brasília. Seção 1, p. 16, 2003.

\_\_\_\_\_. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. **Resolução CNE/CES 5/2011**. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação em Psicologia. Diário Oficial da União, Brasília. Seção 1, p. 19, 2011.

\_\_\_\_\_. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. **Resolução CNE/CES 3/2014**. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação em Medicina e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília. Seção 1, p. 8-11, 2014.

CAMPOS, G. W. S.; FIGUEIREDO, M. D. O apoio Paidéia como metodologia para processos de formação em saúde. **Revista Interface - comunicação, saúde, educação**, Botucatu, supl. 1, n. 18, 2014.

CASATE, J.C.; CORRÊA, A.K. A humanização do cuidado na formação dos profissionais de saúde nos cursos de graduação. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 46, n. 1, p. 219-226, 2012.

Disponível em:

<[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S008062342012000100029&script=sci\\_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S008062342012000100029&script=sci_abstract&tlng=pt)>. Acesso em: 05 fev. 2017.

CECCIM, R. B. Educação dos profissionais de saúde e compromissos públicos com a integralidade: as disposições do AprenderSUS. In:

PINHEIRO, R.; SILVA JUNIOR, A. G. (Org.). **Por uma sociedade cuidadora**. 1 ed. Rio de Janeiro: CEPESC: IMS/UERJ: ABRASCO, 2010.

\_\_\_\_\_. Educação Permanente em Saúde: desafio ambicioso e necessário. **Interface – Comunic., Saúde, Educ.** v. 9, n. 16, p. 161-77, set.2004/fev.2005. Disponível em: <<http://www.escoladesaude.pr.gov.br/arquivos/File/textos%20eps/educacaoopermanente.pdf>>. Acesso em: 10 fev. 2017.

CECCIM, R. B.; CARVALHO, Y. M. Ensino da Saúde como projeto da integralidade: a educação dos profissionais de saúde no SUS. In: PINHEIRO R.; CECCIM, R. B; MATTOS R. A. (Org.). **Ensinar Saúde: a integralidade e o SUS nos cursos de graduação da área da saúde**. Rio de Janeiro: CEPESC: IMS/UERJ: Abrasco, 2011. p. 77-92.

CECCIM, R. B.; FEUERWERKER, L. C. M. O Quadrilátero da Formação para a Área da Saúde: Ensino, Gestão, Atenção e Controle Social. **PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, 2004.

CECCIM, R. B.; FEUERWERKER, L. C. M. Mudança na graduação das profissões de saúde sob o eixo da integralidade. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, vol. 20, n. 5, 2004b.

CECILIO, L. C. O. As necessidades de Saúde como Conceito Estruturante na Luta pela Integralidade e Equidade na Atenção em Saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO, 2006.

COELHO, I. B. As propostas de modelos alternativos em saúde. Belo Horizonte: Nescon/UFGM, 2013. Disponível em: <<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/2147.pdf>>. Acesso em: 28 jan. 2017.

ESPERIDIÃO, E.; MUNARI, D. B. Holismo só na teoria: a trama de sentimentos do acadêmico de enfermagem sobre sua formação. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 38, n. 3, p. 332-340, set. 2004. Disponível em:

<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S008062342004000300012&lng=en&nrm=iso&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S008062342004000300012&lng=en&nrm=iso&tlng=pt)>. Acesso em: 07 mar. 2017.

FARIA, H. P. et al. **Modelo Assistencial e Atenção Básica à Saúde**. 2 ed. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2013.

FERRAZ, F. et al. Cuidar-educando em enfermagem: passaporte para o aprender/educar/cuidar em saúde. **Rev. Bras. Enferm.** v. 58, n. 5, p. 607-610, set/out. 2005. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672005000500020&script=sci\\_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672005000500020&script=sci_abstract&tlng=pt)>. Acesso em: 20 jan. 2017.

FERLA, A. A. Pacientes, Impacientes e Mestiços: Cartografias do Outro na Produção de Cuidado. In: **Cuidado: As Fronteiras da Integralidade**. Rio de Janeiro: IMS/UERJ: CEPESC: ABRASCO, 2008.

FERNANDES, J. D. et al. Aderência de cursos de graduação em enfermagem às Diretrizes Curriculares Nacionais na perspectiva do Sistema Único de Saúde. **Esc. Anna Nery (impr.)**, Rio de Janeiro, v.17, n. 1, p. 82-89, jan/mar. 2013.

FINKELMAN, J. (Org.). **Caminhos da Saúde Pública no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002.

FRANCO, M. A. R. S. Prática pedagógica e docência: um olhar a partir da epistemologia do conceito. **Rev. Bras. Estud. Pedagog.**, Brasília, v. 97, n. 247, 2016.

FRANCO, T. B.; MERHY, E. E. **Trabalho, produção do cuidado e subjetividade em saúde: textos reunidos**. 1.ed. São Paulo: Hucitec, 2013.

FREIRE, Paulo. **Professora, Sim. Tia, Não:** cartas a quem ousa ensinar. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2013.

\_\_\_\_\_. **Pedagogia do Oprimido**. Rio de Janeiro, Paz e Terra, 2005a.

\_\_\_\_\_. **Educação e Mudança**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2005b.

\_\_\_\_\_. **Extensão ou Comunicação?** São Paulo: Paz e Terra, 2011

\_\_\_\_\_. **Pedagogia da autonomia:** saberes necessários à prática educativa. 53 ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2016.

FREIRE, P.; SHOR, I. **Medo e Ousadia:** O cotidiano do professor. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2000.

GUIZARDI, F. L. et al. A formação de profissionais orientada para a integralidade e as relações político-institucionais na saúde: uma discussão sobre a interação ensino-trabalho. In: PINHEIRO R.; CECCIM, R. B; MATTOS R. A. (Org.). **Ensinar Saúde:** a integralidade e o SUS nos cursos de graduação da área da saúde. Rio de Janeiro: CEPESC: IMS/UERJ: Abrasco, 2011.

GUIZARDI, F. L.; CAVALCANTI, F. O. L. Considerações Ético-Políticas sobre a produção do cuidado como bem-comum. In: PINHEIRO, R.; LOPES, T. C. (Org.). **Ética, técnica e formação:** as razões do cuidado como direito à saúde. Rio de Janeiro: CEPESC: IMS/UERJ: ABRASCO, 2010.

HECKERT, A. L. Escuta como cuidado: o que se passa nos processos de formação e de escuta? In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.). **Razões públicas para a integralidade em saúde:** o cuidado como valor. Rio de Janeiro: IMS/UERJ: CEPESC: ABRASCO, 2007.

KOIFMAN, L.; OLIVEIRA, G. S.; FERNANDEZ, V. Reflexões sobre o papel do docente em saúde na constituição de valores e sentidos sobre o ato de cuidar. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.). **Razões públicas para a integralidade em saúde:** o cuidado como valor. Rio de Janeiro: IMS/UERJ: CEPESC: ABRASCO, 2007.

KLOH D. et al. Princípio da integralidade do cuidado nos projetos político-pedagógicos dos cursos de enfermagem. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 22, n. 4, p. 693-700, jul/ago. 2014. Disponível em: <[http://www.scielo.br/pdf/rlae/2014nahead/pt\\_0104-1169-rlae-0104-1169-3381-2469.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/2014nahead/pt_0104-1169-rlae-0104-1169-3381-2469.pdf)>. Acesso em: 05 fev. 2017.

LACERDA, A.; VALLA, V. V. As práticas terapêuticas no Cuidado Integral à saúde como Proposta para Aliviar o Sofrimento. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A (Org.). **Cuidado:** As Fronteiras da Integralidade. Rio de Janeiro: IMS/UERJ: CEPESC: ABRASCO, 2008.

LAZZARIN, H. C.; NAKAMA L.; CORDONI JUNIOR, L. Percepção de professores de odontologia no processo de ensino-aprendizagem. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, Supl.1, p. 1801-1810, 2010.

LEITINHO M. C.; MORAES E. S. Docência na educação superior: reflexões sobre a formação pedagógica. **Conhecimento & Diversidade**, Niterói, v. 7, n. 14, 2015.

LIMA, M. M. D. et al. Integralidade na Atenção à Saúde e na Formação do Enfermeiro: Análise de Literatura. **Sau. & Transf. Soc.**, Florianópolis, v. 1, n. 2, p. 155-162, 2011.

LIMA, M. M. D. et al. Integralidade como princípio pedagógico na formação do enfermeiro. **Texto & Contexto - Enfermagem**, Florianópolis, v. 22, p. 106-113, 2013.

LIMA, M. M. D. et al. Diálogo: rede que entrelaça a relação pedagógica no ensino prático-reflexivo. Rev. **Bras Enferm** [Internet], 2016. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v69n4/0034-7167-reben-69-04-0654.pdf>>. Acesso em: 20 nov. 2017.

MARQUES, S.; OLIVEIRA, T. Educação, Ensino e Docência, Reflexões e Perspectivas. **Revista Reflexão e Ação**, Santa Cruz do Sul, v. 24, n. 3, 2016.

MATTOS, R. A. **Os sentidos da Integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. CEPESC: IMS/UERJ: Abrasco, 2009.

MATTOS, R. A. Cuidado Prudente para uma Vida Decente. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A (Org.). **Cuidado: As Fronteiras da Integralidade**. Rio de Janeiro: IMS/UERJ: CEPESC: ABRASCO, 2008.

MERHY, E. E. A perda da dimensão cuidadora na produção da saúde: Uma discussão do modelo assistencial e da intervenção no seu modo de trabalhar a assistência. In: FRANCO, T. B.; MERHY E. E. (Org.). **Trabalho, produção do cuidado e subjetividade em saúde: textos reunidos**. São Paulo: Hucitec, 2013.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 12 ed. São Paulo: Hucitec, 2010.

MOREIRA, C. O. F.; DIAS, M. S. A. Diretrizes Curriculares na saúde e as mudanças nos modelos de saúde e de educação. **ABCS Health Sci**, v. 40, n. 3, p. 300-305, 2015. Disponível em: <<https://www.portalnepas.org.br/abcs/shs/article/view/811/706>>. Acesso em 10 fev. 2017.

MURTINHO, R. Trinta anos depois o lema continua vivo: “Democracia é saúde, saúde é democracia!”. **Revista Eletrônica de Comunicação, Informação & Inovação em Saúde**, v. 10, n. 2, jun. 2016. Disponível em: <[https://www.reciis.icict.fiocruz.br/index.php/reciis/article/view/1143/pdf\\_editorialmurtinho](https://www.reciis.icict.fiocruz.br/index.php/reciis/article/view/1143/pdf_editorialmurtinho)>. Acesso em 08 fev. 2017.

OLIVEIRA, D. C. et al. Memórias e representações sociais dos usuários do SUS acerca dos sistemas públicos de saúde. **Rev. Eletr. de Enf.**, v. 13, n. 1, p. 30-41, jan/mar. 2011. Disponível em: <<https://www.revistas.ufg.br/fen/article/view/8981/9158>>. Acesso em: 15 fev. 2010.

OLIVEIRA, G. S.; FERNANDEZ V. S.; KOIFMAN, L. Trabalho e formação: diálogos necessários para a construção de práticas do cuidado. In: PINHEIRO, R.; SILVA JUNIOR, A. G. (Org.). **Por uma sociedade cuidadora**. Rio de Janeiro: CEPESC: IMS/UERJ: ABRASCO, 2010.

PAIM, J. S. A Reforma Sanitária Brasileira e o Sistema Único de Saúde: dialogando com hipóteses concorrentes. **Physis Revista de Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, 2008.

PAIM, J. S. **A Reforma Sanitária e o CEBES: cidadania para a saúde**. Rio de Janeiro: CEBES, 2012.

PAIM, J. et al. O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. Disponível em <[www.thelancet.com](http://www.thelancet.com)>. 2011. Acesso em: 02 fev. 2017.

PAGLIOSA, F. L.; DA ROS, M. A. O relatório Flexner: para o bem e para o mal. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 32, p. 492-499, 2008.

PASCHE, D. F. Humanizar a Formação para Humanizar o SUS. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização. **Cadernos HumanizaSUS** – Brasília: Ministério da Saúde, 2010

PINHEIRO, R. Integralidade em Saúde. **Cienc. Saúde Coletiva**, p. 255-62, 2007.

PINHEIRO, R.; GUIZARDI, F. L. Cuidado e Integralidade: por uma genealogia de saberes e práticas no cotidiano. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A (Org.). **Cuidado: As Fronteiras da Integralidade**. Rio de Janeiro: IMS/UERJ: CEPESC: ABRASCO, 2008.

PRADO M. L.; REIBNITZ K. S. (Org.). **Paulo Freire: A boniteza de aprender e ensinar**. Florianópolis: NFR/UFSC, 2016. 195p.

PRADO, M. L. D.; REIBNITZ, K. S.; GELBCKE, F. L. Aprendendo a cuidar: a sensibilidade como elemento plasmático para formação da profissional crítico-criativa em enfermagem. **Texto & Contexto - Enfermagem**, Florianópolis, v. 15, p. 296-302, 2016.

REIBNITZ, K. S; PRADO, M. L. **Inovação e educação em enfermagem**. Florianópolis: Cidade Futura, 2006.

RIOS, I. C.; SCHRAIBER, L. B. A relação Professor-Aluno em Medicina: um Estudo sobre o Encontro Pedagógico. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 3, p. 308-316, 2012.

RODRIGUES, M. T. P; MENDES SOBRINHO, J. A. C. Obstáculos didáticos no cotidiano da prática pedagógica do enfermeiro professor. **Rev. Bras. Enfermagem**, Brasília, 2008.

SANTANA, F. R. et al. Integralidade do cuidado: concepções e práticas de docentes de graduação em enfermagem do Estado de Goiás. **Ciência e Saúde Coletiva**. v. 15, Supl.1, p. 1653-1664, 2010. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S141381232010000700077&script=sci\\_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S141381232010000700077&script=sci_abstract&tlng=pt)>. Acesso em 10 fev. 2017.

SAVIANI, D. **As concepções pedagógicas na história da educação brasileira**. 2005. Texto elaborado no âmbito do projeto de pesquisa “O espaço acadêmico da pedagogia no Brasil”, financiado pelo CNPq, para o “projeto 20 anos do Histedbr”. Campinas, 25 de agosto de 2005.

SAVIANI, D. **Escola e Democracia**. 42 ed. Campinas, SP: Autores Associados, 2012.

SCHLEMMER, N.; ROVEDA P. O.; ISAIA S. M. A. Reflexão sobre as estratégias didáticas usadas pelos docentes da educação superior. *Revista Brasileira de Educação Científica*, Itapetininga, v. 3, n. 6, 2016.

SECCO, L. G.; PEREIRA, M. L. T. Formadores em odontologia: profissionalização docente e desafios político-estruturais. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 9, n. 1, p.113-120, 2004. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S141381232004000100011&script=sci\\_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S141381232004000100011&script=sci_abstract&tlng=pt)>. Acesso em: 12 fev. 2017.

SILVA, F. H.; GOMES, R. S. Cuidado, integralidade e ética: em busca da produção do comum. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.). **Cuidar do cuidado: responsabilidade com a integralidade das ações de saúde**. Rio de Janeiro: CEPESC: IMS/UERJ: ABRASCO, 2008.

SOUZA, C. F. S. Relação afetiva entre professora e estudantes do Ensino Superior: sentidos, desafios e possibilidades. 2016. 170f. Dissertação (Mestrado Acadêmico em Educação). Universidade Estadual de Feira de Santana, Feira de Santana, 2015.

STELLA R. C. R.; CAMPOS J. J. B. Histórico da construção das Diretrizes Curriculares Nacionais na Graduação em Medicina no Brasil. **Cadernos ABEM**. v. 2, 2006.

VAZQUEZ, A. S. **Filosofia da Práxis**. 1.ed. Buenos Aires: Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales – CLACSO; São Paulo: Expressão Popular, Brasil, 2007.

XAVIER, L. N. et al. Analisando as metodologias ativas na formação dos profissionais de saúde: uma revista integrativa. **SANARE**, Sobral, v. 13, n. 1, 2014.

YIN, R. K. **Estudo de Caso: Planejamento e Métodos**. 5. ed. Porto Alegre: Bookman, 2015.



## **APÊNDICES**

APÊNDICE I - GUIA DE OBSERVAÇÃO PARTICIPANTE

GUIA DE OBSERVAÇÃO PARTICIPANTE

As anotações serão descritivas e reflexivas incluindo aspectos objetivos e subjetivos relacionados à relação pedagógica sob o eixo da integralidade.

- ( ) Aula teórica (sala de aula)
- ( ) Aula com discussão teórico Prática (aplicadas no campo)
- ( ) Aula teórica integrada (sala de aula)
- ( ) Atividade integrada no campo
- ( ) Reunião de professores da disciplina

Participantes:

Data

da

atividade:

Horário

atividade:

Início:\_\_\_\_\_

Fim:\_\_\_\_\_

| Observação da Relação pedagógica nos Cenários de Ensino-aprendizagem.   |                                     |                                     |
|---|-------------------------------------|-------------------------------------|
| Atividade   | Nota descritiva, aspectos objetivos | Nota reflexiva, aspectos subjetivos |
| <b>Cenário:</b><br><br>- Estrutura do cenário<br><br>- Atores participantes<br><br>- Organização/ disposição do ambiente<br><br>- Disposição dos atores |                                     |                                     |
| <b>Relação estabelecida:</b><br><br>- Interação entre os envolvidos (respeito, acolhimento,   |                                     |                                     |

|  |  |  |
|--|--|--|
| <p>afetividade, postura, atitudes, gestos e conhecimento)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Reação docente em situações incertas e conflituosas</li> <li>- Relação do docente com o discente e vice-versa</li> <li>- Relação docente/comunidade</li> <li>- Relação discente/comunidade</li> </ul>   |  |  |
| <p><b>Problematização e Práxis:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Docente considera a vivência do discente importante no processo de construção da integralidade</li> <li>-Docente oportuniza processos de discussão sobre a realidade para transformação</li> <li>-Docente mobiliza reflexões e diálogos sobre o contexto vivenciado com a comunidade</li> <li>-Docente promove discussão e conexão sobre integralidade, de que forma.</li> </ul> |  |  |

**APÊNDICE II - ROTEIRO ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA****ROTEIRO ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA**

**Projeto de Pesquisa:** Docência em Saúde: o princípio da Integralidade na relação pedagógica no ensino superior

**Pesquisadora Principal:** Mestranda Patrícia Pilatti

**Pesquisadora orientadora:** Dra. Fabiane Ferraz

**Dados dos sujeitos participantes:**

Nome:

\_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Contato  
telefônico: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Codinome \_\_\_\_\_ para \_\_\_\_\_ identificação \_\_\_\_\_ na  
pesquisa: \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_ da \_\_\_\_\_ coleta \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ dados:

Local \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ realização \_\_\_\_\_ da  
entrevista: \_\_\_\_\_

Horário \_\_\_\_\_ entrevista - Início: \_\_\_\_\_ Fim:

\_\_\_\_\_

**Caracterização do participante:**

1. Sexo: ( ) Masc. ( ) Fem.

2. Idade (anos): \_\_\_\_\_

3. Formação: \_\_\_\_\_

( ) Ensino superior completo      Curso: \_\_\_\_\_

( ) Pós graduação Lato sensu ( ) Concluída ( ) Em andamento Área: \_\_\_\_\_

( ) Mestrado ( ) Concluído ( ) Em andamento Área: \_\_\_\_\_

( ) Doutorado ( ) Concluído ( ) Em andamento Área: \_\_\_\_\_

4. Há quanto tempo atua como docente? \_\_\_\_\_  
 ( ) Até 6 meses ( ) 1 a 2 anos ( ) 2 a 3 anos ( ) 3 a 4 anos  
 ( ) 4 a 5 anos ( ) 5 a 7 anos ( ) 7 a 10 anos ( ) + de 10
5. Há quanto tempo atua como docente na UNESC? \_\_\_\_\_  
 ( ) Até 6 meses ( ) 1 a 2 anos ( ) 2 a 3 anos ( ) 3 a 4 anos  
 ( ) 4 a 5 anos ( ) 5 a 7 anos ( ) 7 a 10 anos ( ) + de 10
6. Houve alguma preparação/capacitação pedagógica prévia para atuação na docência? ( ) Sim  
 Qual \_\_\_\_\_  
 ( ) Não

### **Perguntas relacionadas ao objeto de estudo:**

7. Conte como você estabelece a relação pedagógica com o estudante. De um exemplo do seu fazer docente que expresse essa relação. Que princípios e valores você considera que estabelece nessa relação?

8. A partir de suas vivências, quais as facilidades e dificuldades você encontra na relação pedagógica com os estudantes? Tiveste alguma situação desafiadora com um estudante, conte como foi o desenrolar da situação.

9. Quais metodologias estão presentes em sua prática pedagógica? Conte como você planeja/organiza as atividades e desenvolve suas aulas (teóricas e práticas).

10. O que você compreende por integralidade da atenção em saúde?

11. Considerando a integralidade como um dos princípios do SUS, descreva os elementos que você considera importantes para a vivência

desse princípio na relação pedagógica com o estudante. Qual a sua opinião sobre a incorporação desse princípio na relação pedagógica? Como percebe isso na sua prática?

12. Na relação pedagógica que você estabelece com os estudantes, descreva ações que você realiza que considera que potencializam a prática da integralidade no ensino.

13. Conte como você se constituiu docente do ensino superior, você teve alguma formação específica? A sua instituição promove algum tipo de qualificação sobre esse tema, se sim, como ocorre?

14. Sinta-se a vontade para fazer comentários, críticas ou sugestões sobre o tema desse estudo.

## **APÊNDICE III - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)**

### **Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)**

**Título da Pesquisa:** Docência em Saúde: o princípio da Integralidade na relação pedagógica no ensino superior

**Objetivo Geral:** Analisar como os docentes do ensino superior da saúde concebem e vivenciam o princípio da integralidade na relação pedagógica na formação de profissionais para o SUS.

**Período da coleta de dados:** 1/06/2017 a 31/10/2017

**Tempo estimado para cada coleta:** a observação será realizada conforme sua atividade já programada, a qual não teremos interferência. A entrevista individual, terá o tempo de aproximadamente 1h e será agendada conforme a sua disponibilidade de horários.

**Local da coleta:** as entrevistas individuais serão realizadas em salas disponíveis na UNESC. As observações serão realizadas nos cenários de ensino aprendizagem, os quais serão tanto em salas de aula da UNESC como em espaços externos de articulação teórico prática.

**Pesquisador/Orientador:** Dra. Fabiane Ferraz **Telefone:** (48) 98833-3243

**Pesquisador/Acadêmico:** mestranda Patrícia Pilatti **Telefone:** (48)99190-7117

**Cursando Mestrado em Saúde Coletiva da UNESC.**

O(a) Sr(a) está sendo convidado(a) para participar voluntariamente da pesquisa e objetivo acima intitulados. Aceitando participar do estudo, poderá desistir a qualquer momento, bastando informar sua decisão diretamente ao pesquisador responsável ou à pessoa que está efetuando a pesquisa. Fica esclarecido ainda que, por ser uma participação voluntária e sem interesse financeiro, não haverá nenhuma remuneração, bem como o(a) senhor(a) não terá despesas para com a mesma. Os dados referentes à sua pessoa serão sigilosos e privados, preceitos estes assegurados pelas Resoluções nºs 466/2012 e 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), podendo o(a) senhor(a) solicitar informações durante todas as fases da pesquisa, inclusive após a publicação dos dados obtidos a partir desta. Para tanto, esclarecemos também os procedimentos, riscos e benefícios, a saber:

### **DETALHES DOS PROCEDIMENTOS QUE SERÃO UTILIZADOS NA PESQUISA**

Trata-se de um estudo de caso de abordagem qualitativa, onde será realizada entrevista semi estruturada com os participantes e observação participante nos cenários de ensino aprendizagem da disciplina. As combinações quanto a dias e horários da entrevista individual e observação em seu contexto de ensino aprendizagem serão pré-agendadas e definidas por você, enquanto participante. Para a realização das entrevistas, pedimos autorização para o uso gravador digital a fim de que possamos transcrever as mesmas. Contudo, será assegurado a(o) senhor(a) o direito de solicitar que o gravador seja desligado quando desejar que algo não seja registrado. As transcrições serão apresentadas a(o) senhor(a) para sua validação antes da análise.

### **RISCOS**

Os riscos serão mínimos, visto que os participantes responderão a uma entrevista individual e serão observados em suas ações cotidianas nos cenários de ensino aprendizagem de forma participante, onde o pesquisador pode interagir caso julgar importante para a sua coleta de dados. Para a entrevista, será garantido um local reservado, de modo que outras pessoas não ouçam, sendo que o participante pode sentir-se à vontade para desistir a qualquer momento da entrevista. A fim de amenizar o risco da perda de confiabilidade dos dados, a pesquisadora se compromete em manter a privacidade da identidade dos participantes e utilizar os dados somente para fins da pesquisa.

### **BENEFÍCIOS**

Sobre os benefícios, ao aceitar fazer parte desta pesquisa, o(a) senhor(a) estará colaborando para a compreensão da atuação da docência sob a perspectiva da integralidade na relação pedagógica, a qual trará resultados importantes para a reflexão dos processos de ensino e aprendizagem, inclusive a possibilidade de qualifica-los, caso haja necessidade.

Diante de tudo o que até agora fora demonstrado, declaro que todos os procedimentos metodológicos e os possíveis riscos, detalhados acima, bem como as minhas dúvidas foram devidamente esclarecidos, sendo que para tanto, firmo ao final a presente declaração em duas vias de



igual teor e forma ficando na posse de uma e outra sido entregue ao pesquisador responsável.

**Em caso de dúvidas, sugestões ou denúncias, favor entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa – CEP/UNESC pelo telefone (48) 3431-2723 ou pelo e-mail cetica@unesb.net.**

| ASSINATURAS  |   |
|--|---|
| <b>Voluntário/Participante</b>   | <b>Pesquisador Responsável</b>  |
| <hr/><br><hr/><br><div style="text-align: center;"><b>Assinatura</b></div><br><b>Nome:</b> _____ | <hr/><br><hr/><br><div style="text-align: center;"><b>Assinatura</b></div><br><b>Nome:</b> Fabiane Ferraz<br><b>CPF:</b> 951.924.330-53 |
| <b>CPF:</b> _____._____._____ - ____   |   |

Criciúma (SC), \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2017

**ANEXOS**

## ANEXO I - PLANO DE ENSINO - INTERAÇÃO COMUNITÁRIA

### PLANO DE ENSINO - INTERAÇÃO COMUNITÁRIA

|   |
|---|
| <b>1. Ementa</b>  |
| Saúde como fenômeno social. Fatores determinantes das condições de saúde e doença. Evolução do conceito de saúde, processo saúde-doença. Estado e políticas públicas: aspectos históricos. Atenção em saúde contemplando aspectos cultura Afro-Brasileira e Indígena e povos e comunidades tradicionais. Diagnostico de vida e saúde da comunidade.   |
| <b>2. Objetivos</b>   |
|   |
| <b>2.1. Geral</b>   |
| Sensibilizar para a importância da relação entre o processo de saúde/doença com meio ambiente, cultura, renda e condições sociais. Conscientizar o acadêmico da sua formação e correlacionar a integração da saúde com a vivência prática, visando o atendimento em nível primário, secundário e terciário de saúde e, conhecer as políticas nacionais de saúde, assim como entender a importância dos indicadores em saúde para a efetivação dos programas do SUS.   |
| <b>2.2. Específicos</b>   |
| <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Conhecer o processo saúde-doença e sua evolução: discutir os conceitos de saúde e meio ambiente;</li> <li>2. Identificar os determinantes de saúde e doença;</li> <li>3. Analisar a situação de saúde de uma população.</li> <li>4. Relacionar riscos em saúde com classes sociais e composição populacional;</li> <li>5. Conhecer o processo de territorialização e suas divisões;</li> <li>6. Identificar instrumentos para o processo diagnósticos de saúde de uma população;</li> <li>7. Identificar os indicadores de saúde</li> <li>8. Realizar o diagnostico de vida e saúde da comunidade.</li> </ol> |
| <b>3. Descrição do Conteúdo (Programa):</b>   |

|   |  |
|---|--|
| <b>Unidade 1: Processo de saúde e doença</b>  |  |
| 1.1 - Histórico e evolução  |  |
| 1.2 - Conceito saúde-doença   |  |
| 1.3 - Determinantes de Saúde e Doença   |  |
| <b>Unidade 2: Estado e Políticas Públicas</b>   |  |
| 2.1 - Políticas de Saúde no Mundo   |  |
| 2.2 - Resgate Histórico das Políticas de saúde no Brasil  |  |
| 2.3 - Movimento da Reforma Sanitária  |  |
| 2.4 - Sistema Único de Saúde: legislação e organização  |  |
| 2.5 - Atenção primária e rede de saúde  |  |
| 2.6 - Processo de Territorialização   |  |
| 2.7 - Atenção em saúde contemplando aspectos cultura Afro-Brasileira e Indígena e povos   |  |
| <b>Unidade 3: Diagnóstico de Vida e Saúde</b>   |  |
| 3.1 - Instrumentalização para o diagnóstico   |  |
| 3.2 - Análise da situação de saúde de uma população.  |  |
| <b>4. Atividades de Pesquisa e Extensão:</b>  |  |
| Diagnostico de vida e saúde da comunidade.  |  |
| <b>5. Atividades Interdisciplinares:</b>  |  |
| Diagnostico de vida e saúde na comunidade. Disciplina integrada aos cursos de odontologia, enfermagem, nutrição, farmácia, fisioterapia, biomedicina, medicina. |  |



## ANEXO II - CARTA DE APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

### Carta de Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa



#### RESOLUÇÃO

O Comitê de Ética em Pesquisa UNESC, reconhecido pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) / Ministério da Saúde analisou o projeto abaixo.

**Parecer nº:** 2.084.009

**CAAE:** 68488217.2.0000.0119

**Pesquisador (a) Responsável:** Fabiane Ferraz

**Pesquisador (a):** Patricia Pilatti

**Título:** "DOCÊNCIA EM SAÚDE: O PRINCÍPIO DA INTEGRALIDADE NA RELAÇÃO PEDAGÓGICA NO ENSINO SUPERIOR"

Este projeto foi **Aprovado** em seus aspectos éticos e metodológicos, de acordo com as Diretrizes e Normas Internacionais e Nacionais. Toda e qualquer alteração do Projeto deverá ser comunicada ao CEP. Os membros do CEP não participaram do processo de avaliação dos projetos onde constam como pesquisadores.

Criciúma, 26 de maio de 2017.

A handwritten signature in blue ink, appearing to read 'Renan Antônio Ceretta', is written over a light blue rectangular background.

**Renan Antônio Ceretta**  
Coordenador do CEP